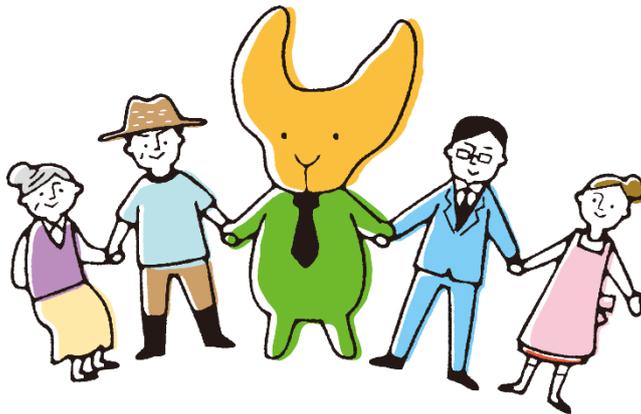


由布市国民健康保険  
第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)



令和6年3月

由布市保険課



## 【目次】

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項 .....	1
1 計画策定の背景・目的.....	1
2 計画策定の位置づけ .....	1
3 計画期間.....	1
4 本計画の策定体制 .....	2
5 本計画の実施体制・関係者連携 .....	2
第2章 現状の整理.....	3
1 由布市の現状.....	3
第3章 健康・医療情報等の分析と課題.....	6
1 平均寿命・標準化死亡比 .....	6
2 医療費の分析 .....	8
3 特定健康診査・特定保健指導の分析.....	18
4 レセプト・健診結果の分析 .....	35
5 介護の分析.....	39
6 その他 .....	41
7 分析結果の総括と第3期で取り組む健康課題について .....	42
第4章 計画全体 .....	45
第5章 個別保健事業計画 .....	47
第6章 その他 .....	65
1 データヘルス計画の評価・見直し .....	65
2 データヘルス計画の公表・周知 .....	65
3 個人情報の取り扱い .....	65
4 地域包括ケアに係る取組 .....	65
資料編.....	67
1 由布市データヘルス計画策定委員会.....	67

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項

## 1 計画策定の背景・目的

令和3年に高齢化率 28%を超え、超高齢社会となったわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことに転換しています。

平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組が求められることとなりました。

また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針 2018」では、健康なまちづくりに資する仕組みとして市町村による「データヘルス計画」が位置づけられました。

こうした背景を踏まえ、平成26年に「保健事業の実施等に関する指針」の一部改正等が行われ、保険者は健康・医療情報を活用して PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的に保健事業を実施するための「データヘルス計画」を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなりました。

平成30年に都道府県が共同保険者となり、政府は地域の健康課題の解決を目的として、令和2年にデータヘルス計画の標準化等の取組の推進、令和4年には保険者共通の評価指標の設定の推進を掲げました。これらの経緯も踏まえ、「由布市国民健康保険第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定しました。

## 2 計画策定の位置づけ

本計画は、「由布市総合計画」を上位計画とし、「由布いきいきプラン(健康増進計画)」、「由布市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」等の関連計画と整合を図るとともに、大分県、大分県後期高齢者医療広域連合による関連計画を踏まえた計画とします。

## 3 計画期間

本計画の実施期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間です。

年度	平成				令和										
	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
計画策定準備		第1期													
期間			評価及び次期計画策定準備	第2期											
									評価及び次期計画策定準備	第3期					

#### 4 本計画の策定体制

医療、保健において総合的な視点で保健事業を構築するため、被保険者の代表、国民健康保険(以下、国保という。)の保健事業に関わる団体等で構成された「由布市データヘルス計画策定委員会」によって、審議・検討を行いました。

#### 5 本計画の実施体制・関係者連携

##### (1) 市内組織

本計画の策定および保健事業の運用においては、国保担当課である保険課を中心に、健康増進部門・介護部門・福祉部門等関係課と連携して、健康課題を共有しながら進めていきます。

##### (2) 関係機関等との連携

本計画の保健事業の運用においては、市内医療機関や大分県、大分県国保連合会、大分県後期高齢者医療広域連合、その他地域の関係団体等と連携します。

## 第 2 章 現状の整理

### 1 由布市の現状

#### (1)人口について

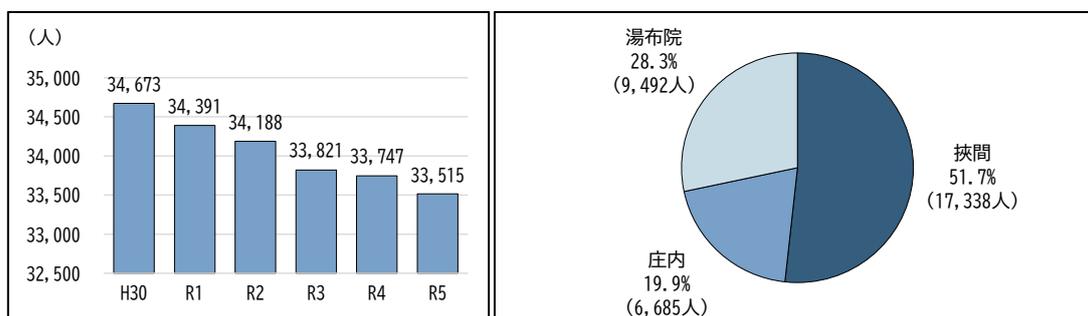
##### ◆人口推移

	H30年 人口(人)	R5年 人口(人)	増減(人)
挾間	16,587	17,338	751
庄内	7,580	6,685	-895
湯布院	10,506	9,492	-1,014
由布市全体	34,673	33,515	-1,158

(各年5月末時点)

図表 1 人口の推移

(令和5年5月31日時点)



※内訳は、小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも 100 とはならない。

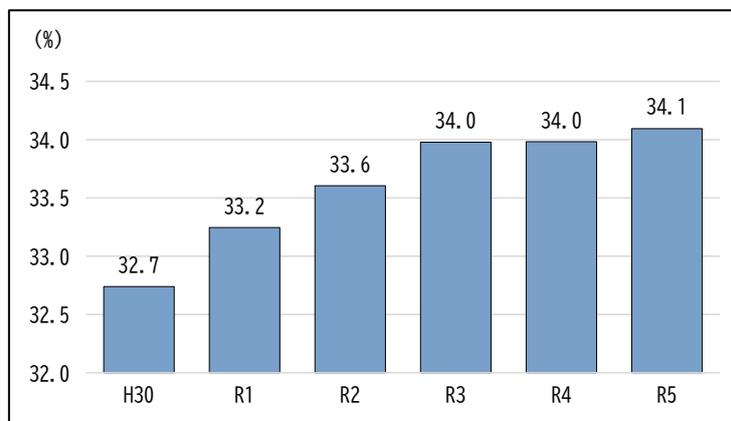
出典:由布市住民基本台帳

由布市の人口は年々減少しており、令和5年5月末時点で 33,515 人となっています。挾間地区の人口は増加しており、庄内・湯布院地区の人口は減少しています。

##### ◆高齢化率

図表 2 高齢化率の推移

(令和5年5月31日時点)

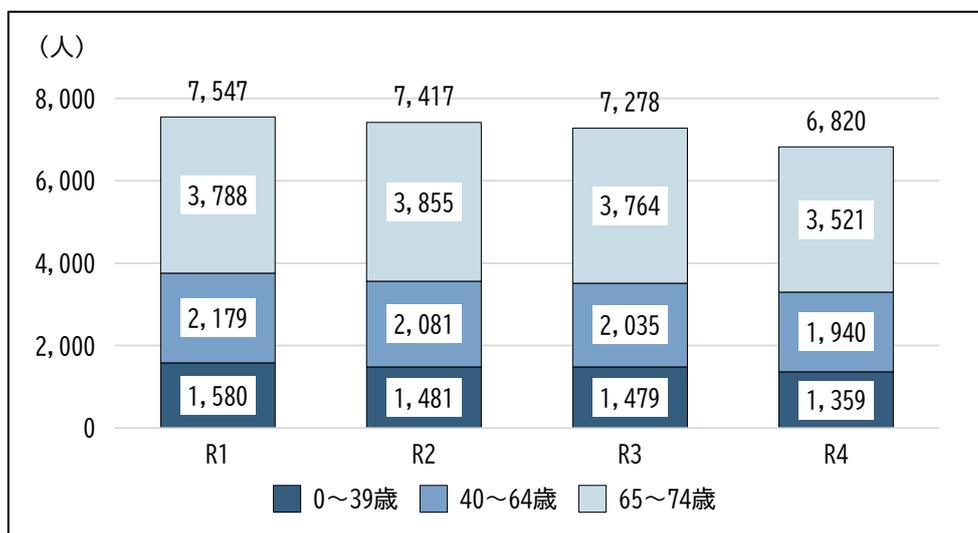


出典:由布市住民基本台帳

由布市の高齢化率は令和5年5月末で 34.1%です。

(2)国民健康保険被保険者について

図表 3 年代別国民健康保険被保険者の推移

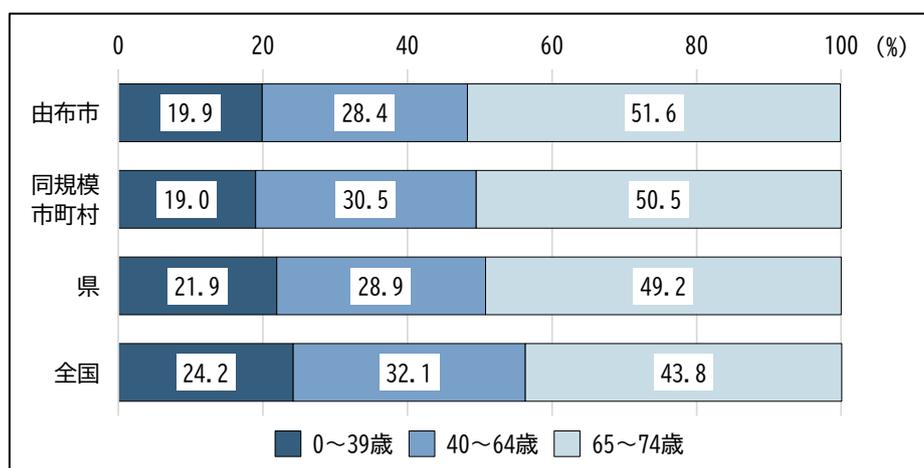


出典：KDB 地域の全体像の把握

由布市の国保被保険者は年々減少しており、令和4年度では6,820人です。また、0~39歳、40~64歳、65~74歳のいずれにおいても、令和元年度から令和4年度にかけて約200人減少しています。

図表 4 保険者別被保険者年齢構成割合

(令和4年度)



※内訳は、小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない。

出典：KDB 地域の全体像の把握

同規模市町村、県、全国の平均と比較すると65~74歳の割合が高くなっています。

### (3)前期計画に係る考察

令和2年度に行った第2期データヘルス計画中間評価では、下記の健康課題、および各健康課題に対する目標値等を設定し、令和3年度以降取組を行ってきました。現状について下記のとおり評価を行いました。

健康課題	状況の評価 A:改善傾向 B:現状維持 C:悪化傾向	令和4年度時点の状況 (評価の根拠)
虚血性心疾患有病率が高い	B	市町村計平均より依然として高い状況である。(12 ページ 図表 13)
糖尿病有病率が高い	B	市町村計平均より依然として高い状況である。(12 ページ 図表 13)
特定健診の受診率が年々低下している	C	受診率は令和2年度以降も減少し続けている。(18 ページ 図表 23)
男女ともに障がい期間が県平均より長い	A	女性は県平均より長いが男性は県平均と同水準である。(6 ページ 図表 5)
医療費に占める調剤割合が高く1人あたりの調剤費が高い	B	1人あたり医療費に占める調剤費の割合は年々減少傾向ではあるが、依然として県より高い状況である。(9 ページ 図表 8、9)

5つの健康課題のうち、現状維持もしくは悪化傾向である課題に対しては、引き続き第3期でも取組を行う必要があります。

また、第3期における健康課題は上記内容に加え、第3章「健康・医療情報等の分析と課題」の結果も踏まえて設定します。

### 第3章 健康・医療情報等の分析と課題

#### 1 平均寿命・標準化死亡比

##### (1)平均寿命と健康寿命について

図表5 平均寿命と健康寿命(お達者年齢)

(平成26年～平成30年平均)

		平均寿命	健康寿命 (お達者年齢)	障がい期間
男性	大分県	81.09歳	79.60歳	1.49歳
	由布市	82.07歳	80.34歳	1.73歳
女性	大分県	87.29歳	84.21歳	3.08歳
	由布市	87.51歳	84.01歳	3.50歳

(平成29年～令和3年平均)

		平均寿命	健康寿命 (お達者年齢)	障がい期間
男性	大分県	81.75歳	80.25歳	1.50歳
	由布市	81.99歳	80.50歳	1.49歳
女性	大分県	87.93歳	84.71歳	3.22歳
	由布市	88.58歳	85.08歳	3.50歳

出典：市町村別平均寿命とお達者年齢—大分県ホームページ

平成29年～令和3年の平均寿命は、男性 81.99 歳、女性 88.58 歳で、男女とも県平均と同水準です。健康寿命(お達者年齢)も、男性 80.50 歳、女性 85.08 歳で、男女とも県平均と同水準です。

障がい期間については、男性は県平均と同水準で女性は県平均より長いです。

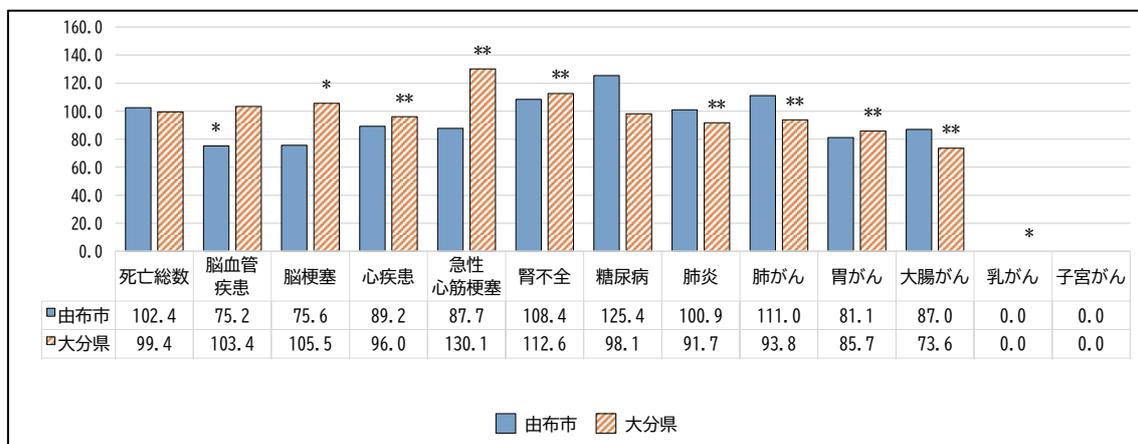
お達者年齢…県では介護保険の「要介護2以上の認定を受けていない方」を健康と定義しています。人口規模が小さく単年度では精度が低くなるため、5年間平均値を使用しています。

## (2)標準化死亡比(SMR)について

### 図表 6 男女別標準化死亡比

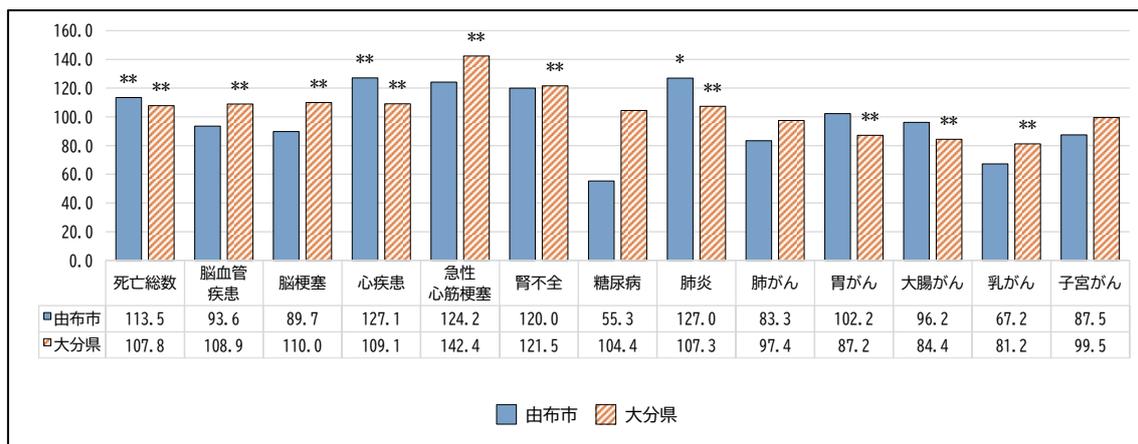
男性

(平成29年～令和3年平均)



女性

(平成29年～令和3年平均)



\*は5%の危険率で有意な差がある。\*\*は1%の危険率で有意な差がある。

出典：市町村別・保健所別標準化死亡比(SMR)－大分県ホームページ

疾病別の標準化死亡比は、男性の脳血管疾患が75.2と県の103.4より低くなっています。一方、女性の心疾患と肺炎に有意な差が見られ、死亡率が高くなっています。

SMR…標準化死亡比の英語名「Standard Mortality Ratio」の頭文字をとったもの。年齢構成の異なる地域間の死亡状況を比較するために、年齢構成の差異を調整して算出した死亡率。全国平均を100として、ある地域について算出されたSMRが120の場合、基準とする集団より1.2倍死亡率が高いことになります。

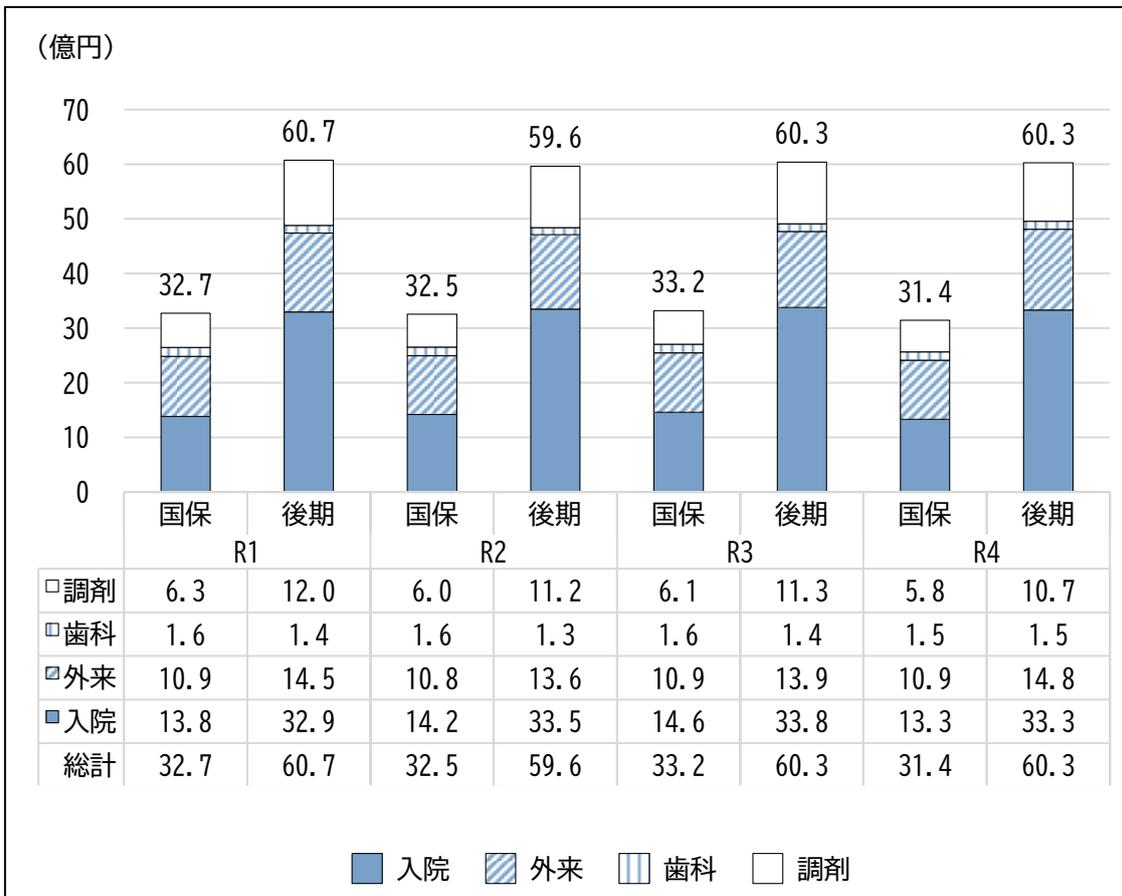
## 2 医療費の分析

由布市国保被保険者の年齢構成割合では、65～74歳の割合が同規模市町村・県・全国より高くなっています(図表4)。そのため、医療費については、後期高齢者医療制度の状況も踏まえて分析を行います。

### (1)医療費について

#### ◆総医療費

図表 7 総医療費の推移



出典:MAPシステム

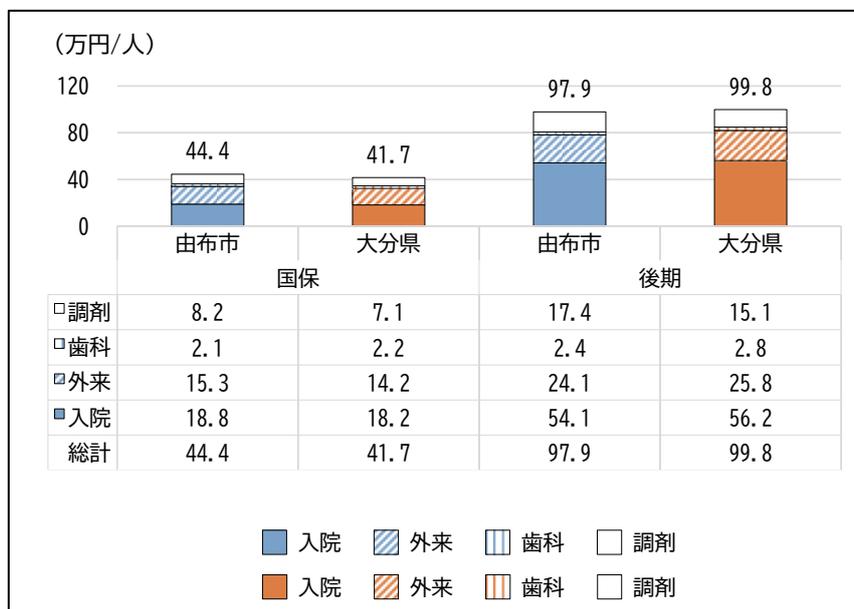
由布市の総医療費は、国保、後期ともに横ばいで推移しています。また後期になると、入院医療費が全体の医療費の半分以上を占めています。

後期…後期高齢者医療制度の略。75歳以上の人、そして65歳から74歳までで一定の障害の状態にあると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人が加入します。75歳になると、勤めているかどうかにかかわらず、それまで加入していた医療保険(国保・健康保険・共済など)から、自動的に後期高齢者医療制度へ加入することになります。

◆1人あたり医療費

図表8 1人あたり医療費

(令和4年度)

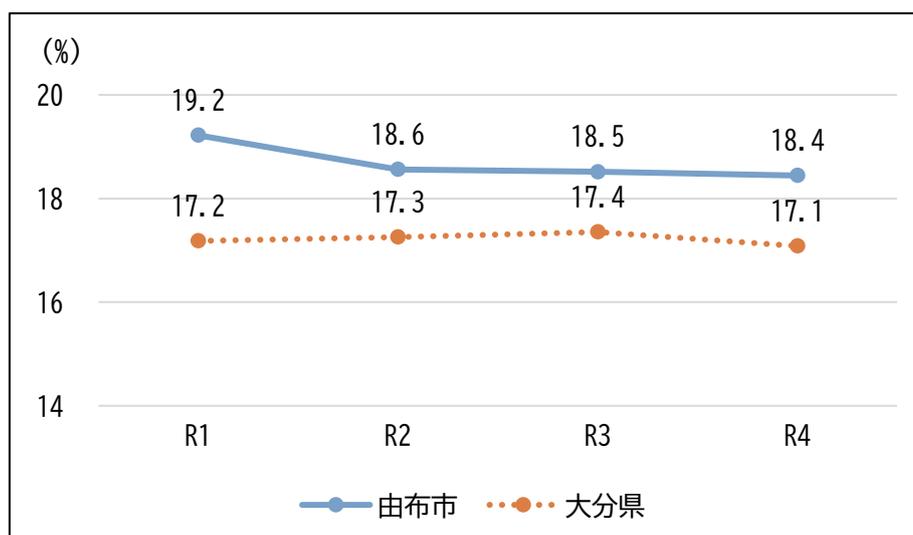


出典:MAPシステム

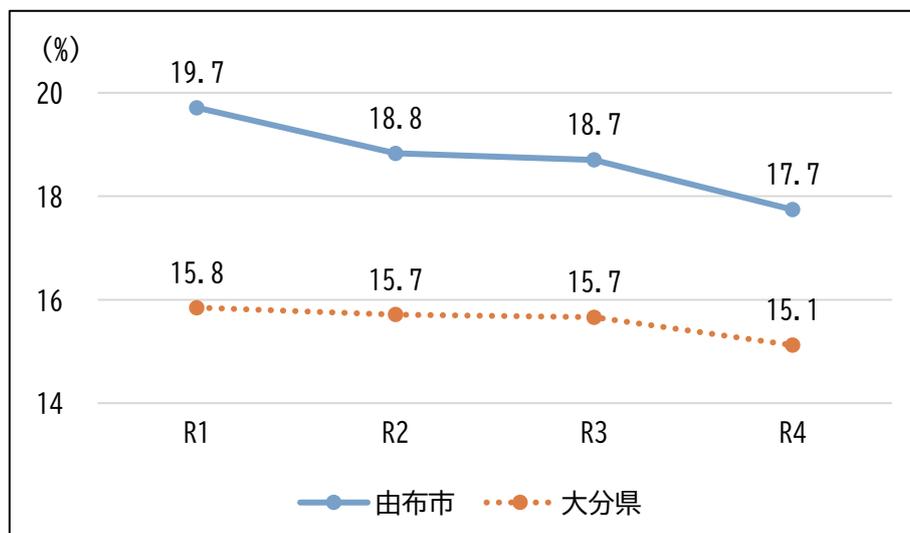
令和4年度の医科の入院・外来をあわせた1人あたり医療費(国保)は34.1万円で県(32.4万円)より高く、調剤の1人あたり医療費(国保)についても8.2万円と県(7.1万円)より高くなっています。また、歯科の1人あたり医療費(国保)は2.1万円で県(2.2万円)より低くなっています。

図表9 1人あたり医療費に占める調剤費の割合の推移

国保



## 後期

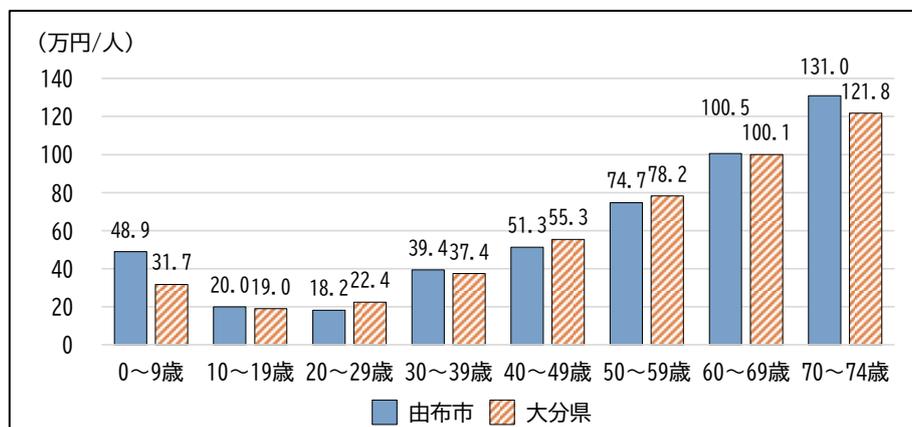


出典:MAPシステム

国保・後期について、令和元年度から令和4年度にかけて、由布市の1人あたり医療費に占める調剤費の割合は推移をみると減少傾向にあります。県よりも高い状況が続いています。

図表 10 年代別1人あたり医療費

(令和4年度)



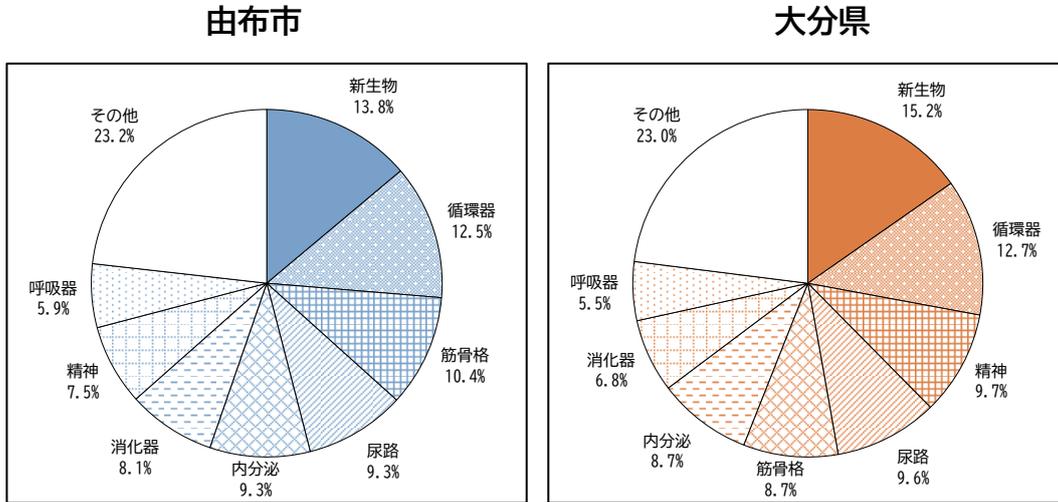
出典:MAPシステム

令和4年度で見ると、0~9歳、10~19歳、30~39歳、60~69歳、70~74歳の1人あたり医療費が県より高くなっています。

(2)疾病別の医療費について

図表 11 疾病分類別医療費(大分類)

(令和4年度)



図表 12 疾病分類別医療費(中分類上位10疾患) 入院+外来

(令和4年度)

順位	疾患名	割合(%)
1位	腎不全	7.3
2位	糖尿病	6.4
3位	その他の心疾患	5.3
4位	その他の消化器系の疾患	5.2
5位	その他の悪性新生物<腫瘍>	4.7
6位	その他の神経系の疾患	4.7
7位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.9
8位	高血圧性疾患	3.0
9位	骨折	3.0
10位	その他の呼吸器系の疾患	2.4

順位	疾患名	割合(%)
1位	腎不全	7.6
2位	その他の悪性新生物<腫瘍>	5.8
3位	糖尿病	5.6
4位	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	5.1
5位	その他の心疾患	4.6
6位	その他の消化器系の疾患	4.2
7位	その他の神経系の疾患	3.9
8位	高血圧性疾患	3.0
9位	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	2.4
10位	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2.4

出典:MAP システム「地区統計情報」疾病分類別医療費分析

令和4年度の入院・外来をあわせた総医療費の疾病分類別医療費(大分類)は、県と比較すると筋骨格(由布市:10.4% 県:8.7%)と内分泌(由布市:9.3% 県:8.7%)の割合が高くなっています。

中分類では、県と同様に腎不全(7.3%)が1位ですが、糖尿病(6.4%)、その他の心疾患(5.3%)、その他の消化器系の疾患(5.2%)、その他の神経系の疾患(4.7%)が県より割合が高くなっています。一方で、その他の悪性新生物<腫瘍>は県と比較して低くなっています。

(3)国民健康保険被保険者の生活習慣病の有病率について

図表 13 国民健康保険被保険者の生活習慣病の有病率

(平成30年5月時点)

	有病者数(人) 0~74歳	割合(%)	標準化該当比
脳血管疾患	434	5.4	131.6*
脂質異常症	1,721	21.4	108.2*
糖尿病	1,140	14.2	113.1*
虚血性心疾患	418	5.2	104.5
高血圧症	1,942	24.2	103.9
人工透析	27	0.3	71.7
高尿酸血症	395	4.9	106.9
生活習慣病全体	3,236	40.3	100.1

(令和4年5月時点)

	有病者数(人) 0~74歳	割合(%)	標準化該当比
脳血管疾患	454	6.5	146.7*
脂質異常症	1,648	23.5	113.8*
糖尿病	1,059	15.1	112.4*
虚血性心疾患	378	5.4	110.9*
高血圧症	1,829	26.1	110.8*
人工透析	40	0.6	109.2
高尿酸血症	401	5.7	106.8
生活習慣病全体	3,054	43.6	102.8

\*は5%の危険率で有意な差がある。

標準化該当比:市町村計を100として比較する

出典:MAPシステム

令和4年5月時点の由布市の国保被保険者の有病率は、脳血管疾患(6.5%)、脂質異常症(23.5%)、糖尿病(15.1%)、虚血性心疾患(5.4%)、高血圧症(26.1%)に有意な差が見られ、高くなっています。

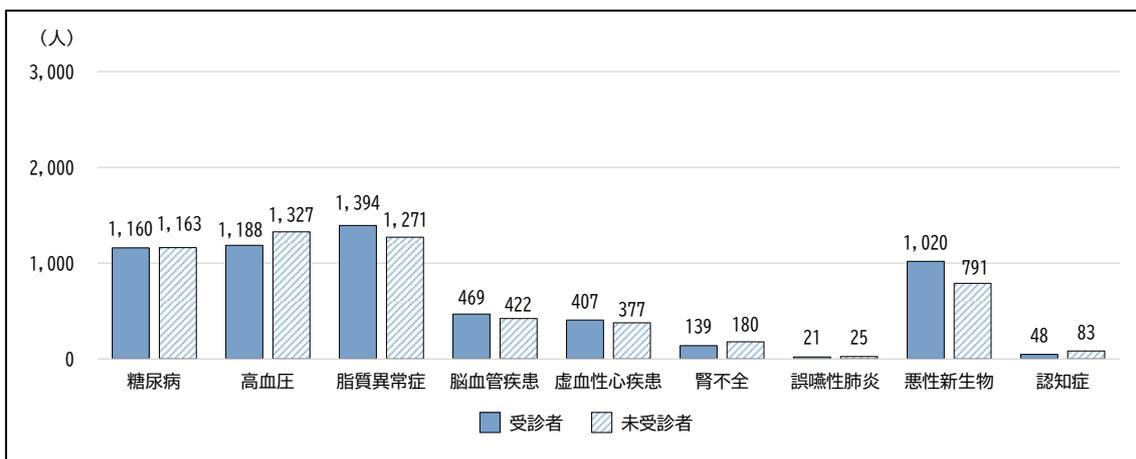
有病率…ある時点において疾病を有している人の割合のこと。算出方法は以下の通りです。  
 有病率=集団のある時点における疾病を有する人の数(人)/集団の調査対象全員の数(人)

(4) 歯科医療について

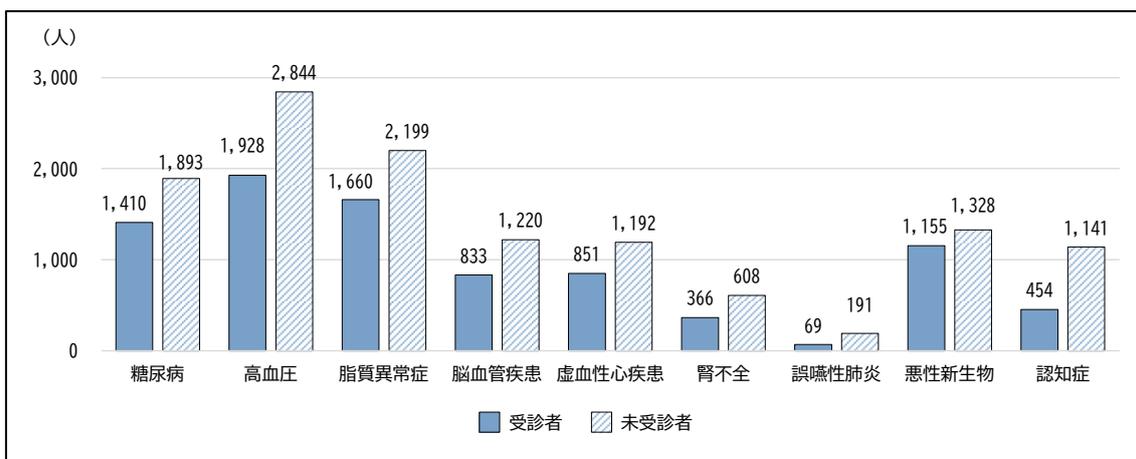
図表 14 疾病別歯科受診有無該当者

(令和3年度)

国保



後期



出典:大分県データヘルス推進事業データ分析(由布市版)

国保の疾病別歯科受診状況では約半数が歯科を未受診であり、後期になると更に未受診者が多くなっています。

図表15 「歯周炎・歯周病」を併発している者の割合

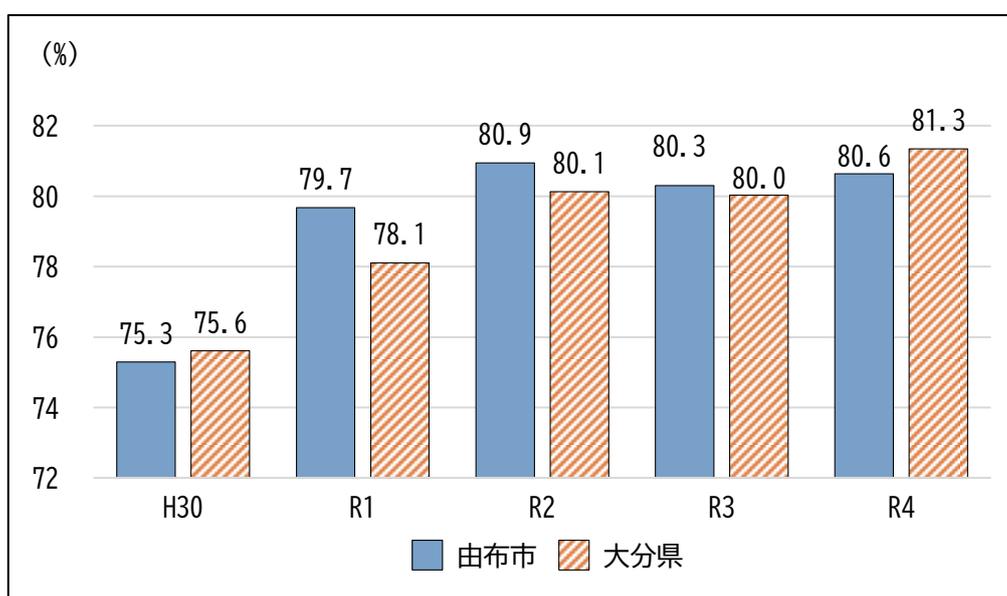
(令和4年度)

疾患名	罹患者(人)	歯周炎・歯周病を併発している者(人)	割合(%)
糖尿病	1,809	715	39.5
脳卒中	733	309	42.2
虚血性心疾患	615	262	42.6
高血圧症	2,743	1,073	39.1
脂質異常症	2,607	1,149	44.1
慢性腎臓病	477	177	37.1

出典:KDBシステム「疾病管理一覧(糖尿病、脳卒中、虚血性心疾患、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病)生活習慣病と深い関連があるといわれる「歯周炎及び歯周病」を併発している割合は全体として約4割という状況です。

(5)後発医薬品について

図表 16 後発医薬品の使用割合



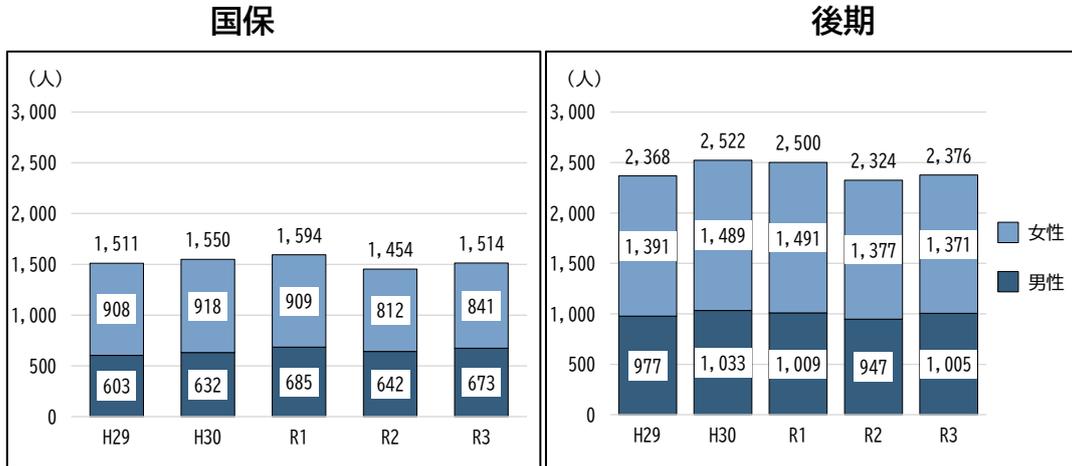
出典:厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合(毎年度公表)」

令和4年度時点で後発医薬品の使用割合は 80.6%であり、県(81.3%)と同水準です。また、国の目標値である 80%を達成しています。

(6)重複・頻回受診、重複服薬者割合

◆重複受診・・・同月内に同じ傷病名で2医療機関以上に受診しているもの

図表 17 重複受診該当者数



出典：大分県データヘルス推進事業データ分析(由布市版)

図表 18 重複受診該当者数上位20位の疾病中分類

(令和3年度 国保＋後期)

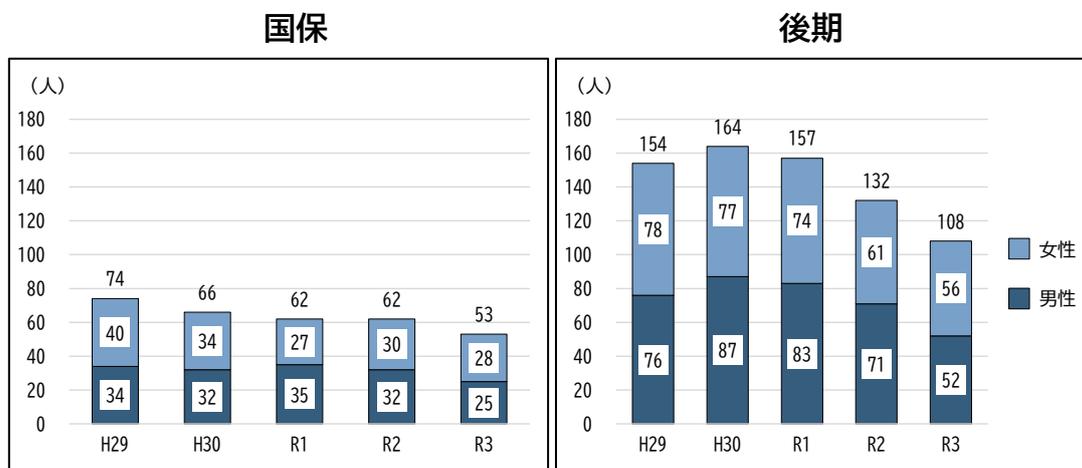
順位	標準病名	疾病中分類名称	重複受診実人数(人)
1位	高血圧症	高血圧性疾患	1,077
2位	便秘症	腸のその他の疾患	497
3位	不眠症	挿間性及び発作性障害	452
4位	糖尿病	糖尿病	431
5位	骨粗鬆症	骨の密度及び構造の障害	338
6位	腰痛症	その他の脊柱障害	290
7位	前立腺肥大症	男性生殖器官の疾患	258
8位	変形性膝関節症	関節症	248
9位	慢性胃炎	食道、胃及び十二指腸の疾病	221
10位	腰部脊柱管狭窄症	脊椎障害	186
11位	高脂血症	代謝障害	178
12位	アレルギー性鼻炎	上気道のその他の疾患	173
13位	狭心症	虚血性心疾患	166
14位	高尿酸血症	代謝障害	165
15位	アルツハイマー型認知症	神経系のその他の変性疾患	139
16位	肝機能障害	肝疾患	137
17位	気管支喘息	慢性下気道疾患	134
18位	鉄欠乏性貧血	栄養性貧血	125
19位	逆流性食道炎	食道、胃及び十二指腸の疾病	123
20位	2型糖尿病	糖尿病	114

出典：大分県データヘルス推進事業データ分析(由布市版)

由布市の重複受診者数は、国保、後期ともに横ばいの傾向です。重複受診する疾患の内訳は表に示す通りで、全体として高血圧症、便秘症、不眠症、糖尿病となっています。また、全体として女性の重複受診者が多い傾向にあります。

◆頻回受診…同月内で同一医療機関に15回以上受診しているもの

図表 19 頻回受診該当者数



出典:大分県データヘルス推進事業データ分析(由布市版)

図表 20 頻回受診該当者数上位20位の疾病中分類

(令和3年度 国保+後期)

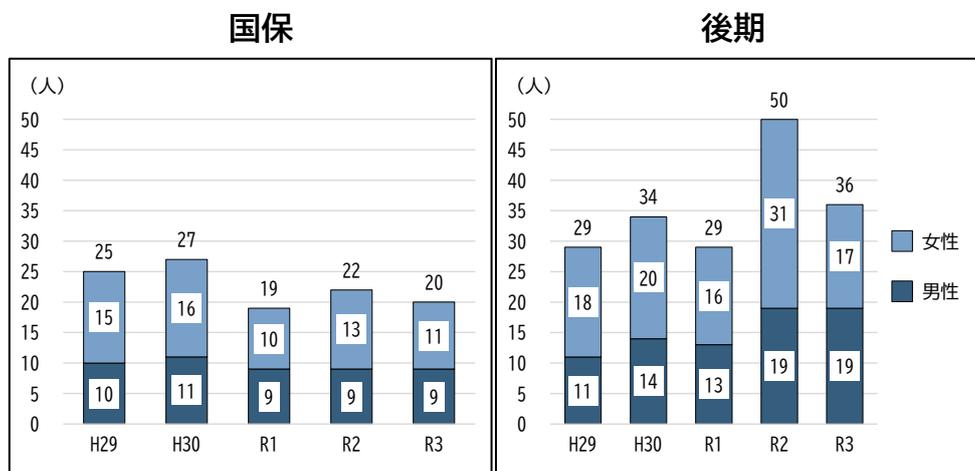
順位	標準病名	疾病中分類名称	頻回受診実人数(人)
1位	高血圧症	高血圧性疾患	56
2位	便秘症	腸のその他の疾患	49
3位	腰痛症	その他の脊柱障害	44
4位	不眠症	挿間性及び発作性障害	42
5位	鉄欠乏性貧血	栄養性貧血	42
6位	変形性膝関節症	関節症	39
7位	腰部脊柱管狭窄症	脊椎障害	35
8位	変形性腰椎症	脊椎障害	33
9位	骨粗鬆症	骨の密度及び構造の障害	29
10位	維持療法の必要な難治性逆流性食道炎	食道, 胃及び十二指腸の疾病	26
11位	肩関節周囲炎	その他の軟部組織障害	26
12位	慢性胃炎	食道, 胃及び十二指腸の疾病	25
13位	腎性貧血	腎不全	24
14位	慢性腎不全	腎不全	23
15位	高リン血症	代謝障害	23
16位	慢性心不全	その他の型の心疾患	22
17位	狭心症	虚血性心疾患	22
18位	高尿酸血症	代謝障害	22
19位	脱水症	代謝障害	21
20位	統合失調症	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	18

出典:大分県データヘルス推進事業データ分析(由布市版)

由布市の頻回受診者数は、国保、後期ともに減少傾向にあります。頻回受診する疾患の内訳は表に示す通りで、全体として高血圧症、便秘症、腰痛症、不眠症が多い傾向となっています。

◆重複服薬・・・同月内に同一成分で2種類以上の投薬があるもの

図表21 重複服薬該当者数



出典:大分県データヘルス推進事業データ分析(由布市版)

図表 22 重複服薬実人数順の薬剤成分上位10種

(令和3年度 国保+後期)

ATC中分類コード	ATC中分類	成分名	重複服薬実人数(人)
A02	制酸薬、整腸薬、潰瘍治療薬	レバミピド	6
A02	制酸薬、整腸薬、潰瘍治療薬	酸化マグネシウム	5
N05	精神抑制薬	ゾルピデム酒石酸塩	5
C05	静脈瘤/痔疾治剤	ヘパリン類似物質	4
N05	精神抑制薬	エチゾラム	3
B01	抗血栓薬	リマプロスト, アルファデクス	2
M01	抗炎症および抗リウマチ製剤	ロキソプロフェンナトリウム	2
N02	鎮痛薬	アセトアミノフェン	2
N03	抗てんかん薬	ミロガバリンベシル酸塩	2
N05	精神抑制薬	アルプラゾラム	2

出典:大分県データヘルス推進事業データ分析(由布市版)

由布市の重複服薬者数は、国保で減少傾向、後期では横ばいかやや増加傾向にあります。また、全体として女性の重複服薬者が多い傾向にあります。

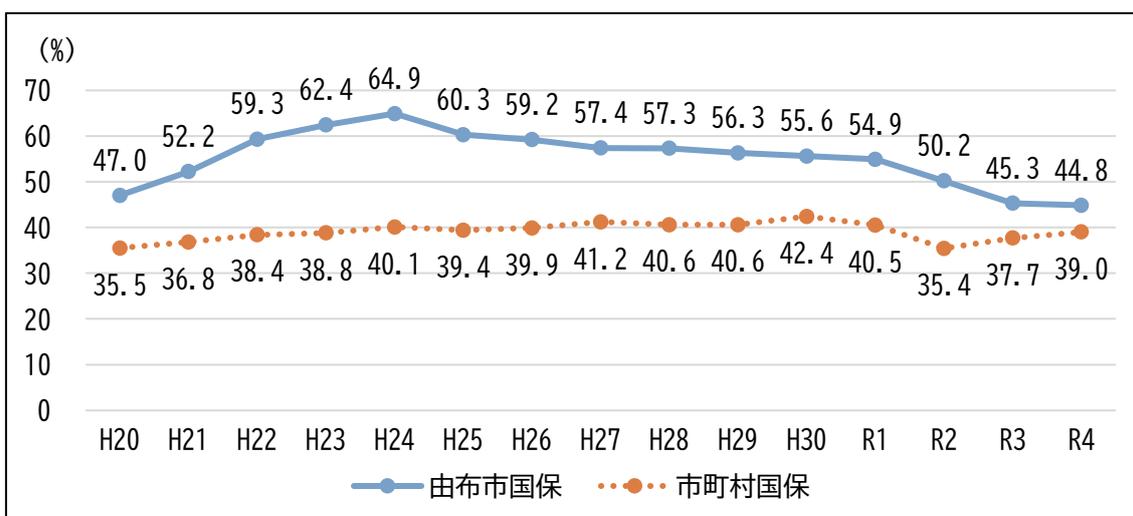
### 3 特定健康診査・特定保健指導の分析

特定健康診査・特定保健指導の分析については、対象者の特徴が近い県内の市町村国保と比較し、分析を行います。

#### (1) 特定健康診査について

##### ◆ 特定健康診査受診率

図表 23 特定健康診査受診率の推移



出典：法定報告

令和4年度の特定健康診査受診率は44.8%であり、市町村国保(39.0%)より高いものの、平成24年度以降低下し続けています。

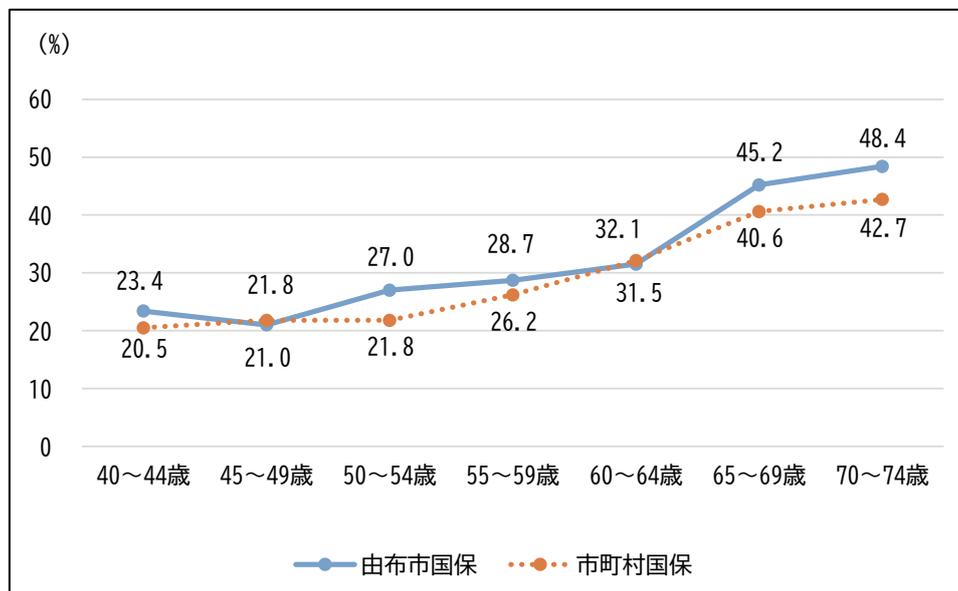
特定健康診査・・・生活習慣病の予防を目的とした、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健診。医療保険者が主体となり、40～74歳の被保険者を対象として行われます。

◆受診者の性別・年代別内訳

図表 24 性別・年代別特定健康診査受診率

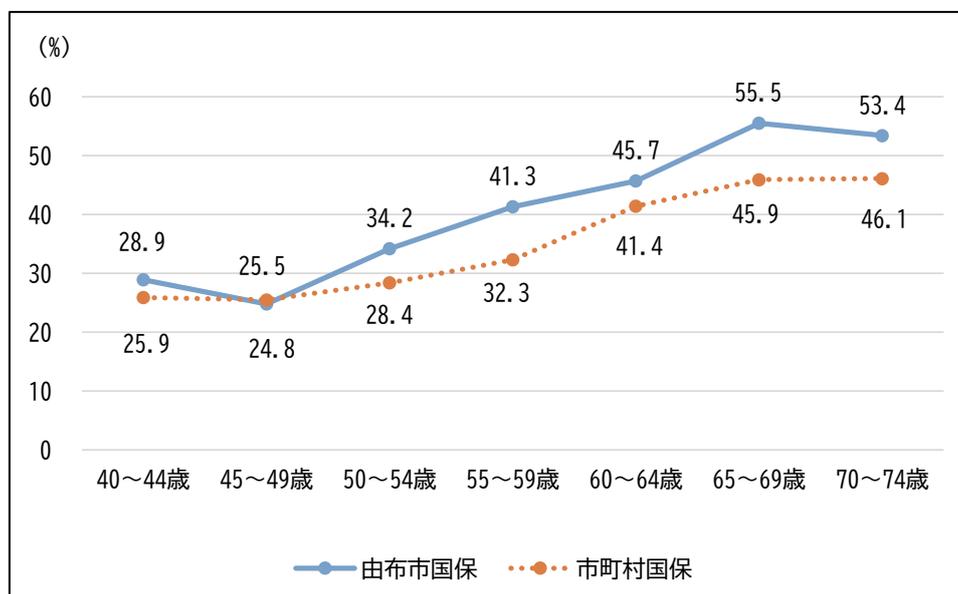
男性

(令和4年度)



女性

(令和4年度)

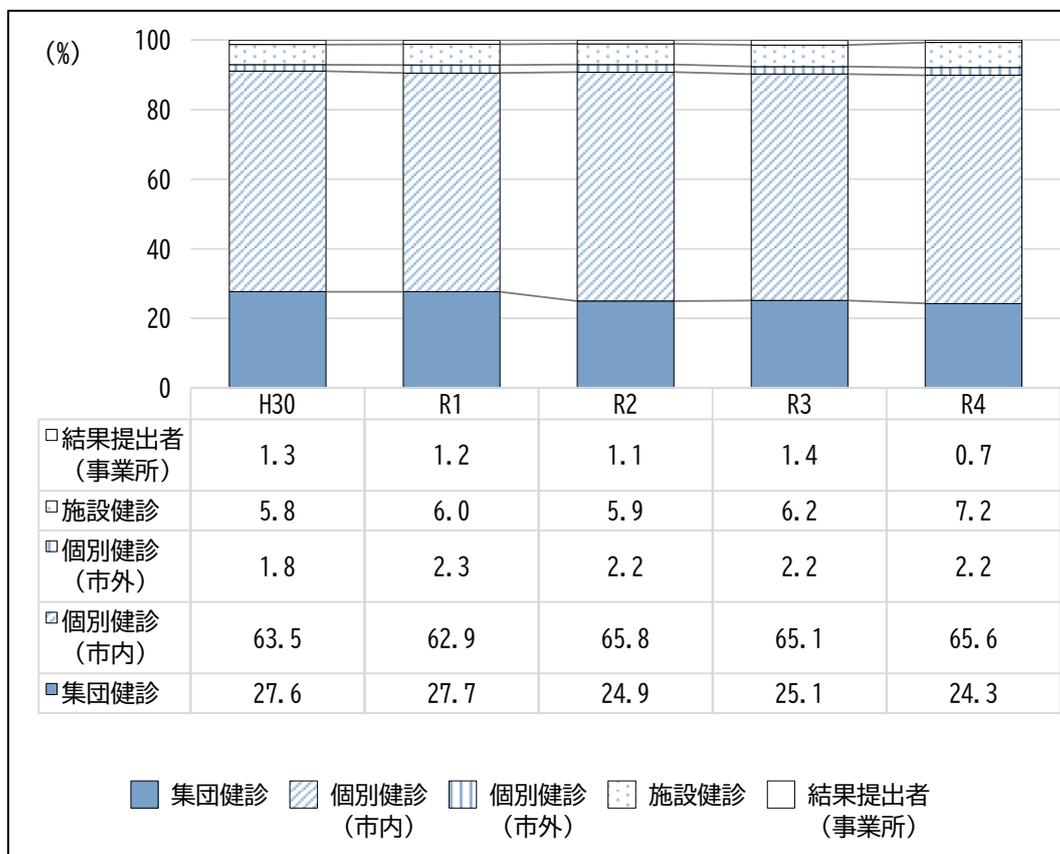


出典:法定報告

受診率を性別・年代別にみると、市町村国保と比較して男性の45～49歳、60～64歳と女性の45～49歳が低くなっています。

◆受診形態別内訳(個別・集団・施設)

図表 25 受診形態別内訳(個別・集団・施設)



※内訳は、小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない。

出典:法定報告

由布市の特定健康診査の受診形態別内訳の割合の推移を見ると、市内で個別健診をしている人の割合が最も高く、集団健診の割合は徐々に減少傾向にあります。

次ページの医療機関受診と健診受診の関係図を見ると、健診未受診かつ医療受診の割合は県より低いものの、健診対象者の43.0%(2,041人)を占めています。また、健診未受診かつ医療未受診の割合は12.6%(597人)と県より低くなっています。

図表 26 保険者(市町村)別医療機関受診と健診受診の関係

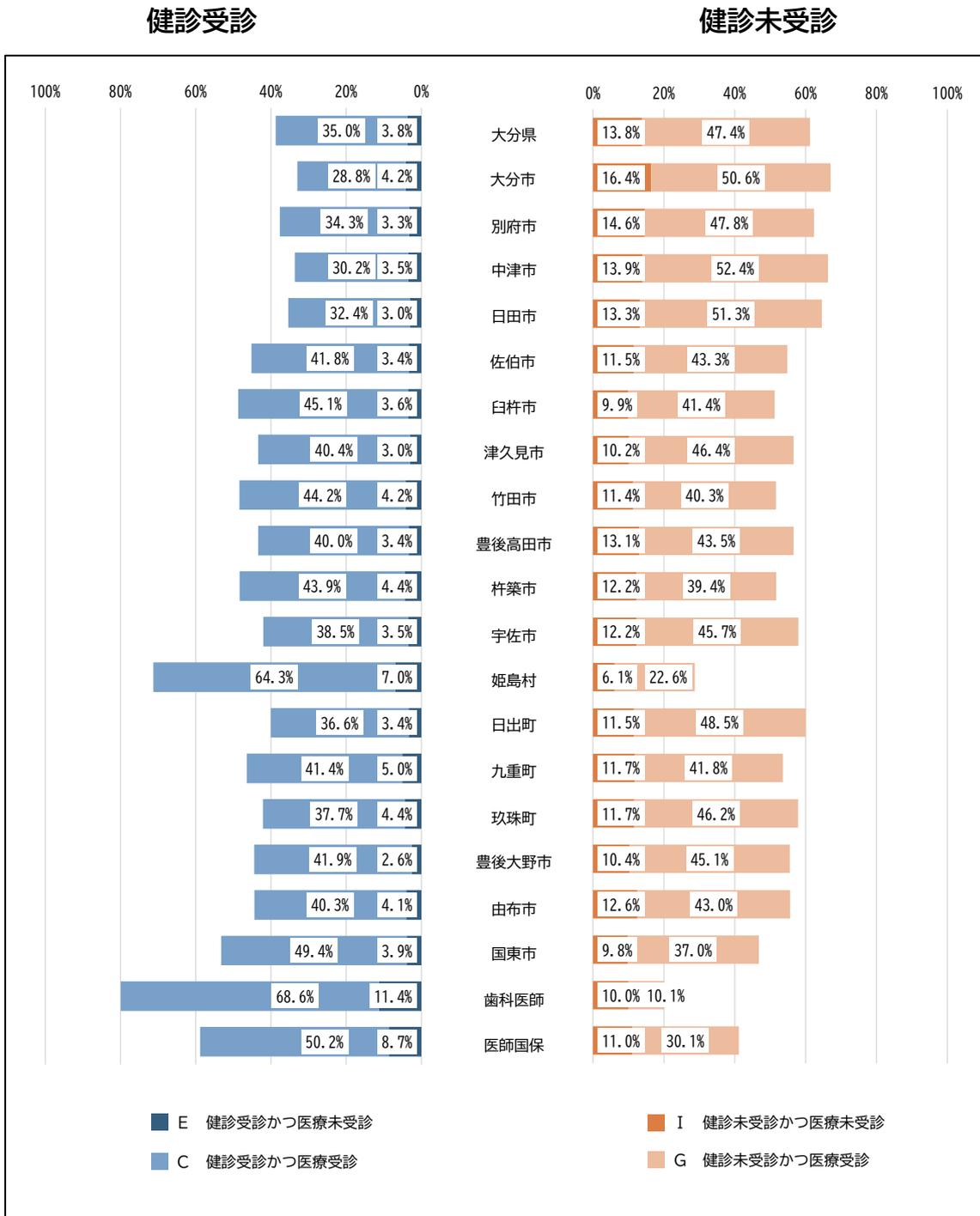
(令和4年度)

保険者名	A 健診 対象者数 (人)	B 健診 受診者数	C 健診受診 かつ 医療受診	D Cのうち 生活習慣病 有	E 健診受診 かつ 医療未受診	F 健診 未受診者数	G 健診未受診 かつ 医療受診	H Gのうち 生活習慣病 有	I 健診未受診 かつ 医療未受診
			上段:人 下段:(B/A)	上段:人 下段:(C/A)	上段:人 下段:(D/C)		上段:人 下段:(E/A)	上段:人 下段:(F/A)	上段:人 下段:(G/A)
大分県	160,263	62,096 (38.7%)	56,064 (35.0%)	40,334 (71.9%)	6,032 (3.8%)	98,167 (61.3%)	76,000 (47.4%)	51,142 (67.3%)	22,167 (13.8%)
大分市	59,123	19,498 (33.0%)	17,024 (28.8%)	11,892 (69.9%)	2,474 (4.2%)	39,625 (67.0%)	29,917 (50.6%)	20,055 (67.0%)	9,708 (16.4%)
別府市	14,687	5,525 (37.6%)	5,043 (34.3%)	3,488 (69.2%)	482 (3.3%)	9,162 (62.4%)	7,015 (47.8%)	4,364 (62.2%)	2,147 (14.6%)
中津市	11,249	3,786 (33.7%)	3,393 (30.2%)	2,472 (72.9%)	393 (3.5%)	7,463 (66.3%)	5,894 (52.4%)	3,942 (66.9%)	1,569 (13.9%)
日田市	10,132	3,587 (35.4%)	3,279 (32.4%)	2,169 (66.1%)	308 (3.0%)	6,545 (64.6%)	5,197 (51.3%)	3,394 (65.3%)	1,348 (13.3%)
佐伯市	11,786	5,327 (45.2%)	4,931 (41.8%)	3,718 (75.4%)	396 (3.4%)	6,459 (54.8%)	5,100 (43.3%)	3,442 (67.5%)	1,359 (11.5%)
臼杵市	6,065	2,955 (48.7%)	2,738 (45.1%)	2,072 (75.7%)	217 (3.6%)	3,110 (51.3%)	2,508 (41.4%)	1,861 (74.2%)	602 (9.9%)
津久見市	2,701	1,172 (43.4%)	1,090 (40.4%)	876 (80.4%)	82 (3.0%)	1,529 (56.6%)	1,254 (46.4%)	917 (73.1%)	275 (10.2%)
竹田市	3,951	1,911 (48.4%)	1,747 (44.2%)	1,285 (73.6%)	164 (4.2%)	2,040 (51.6%)	1,591 (40.3%)	1,115 (70.1%)	449 (11.4%)
豊後高田市	3,627	1,574 (43.4%)	1,452 (40.0%)	1,020 (70.2%)	122 (3.4%)	2,053 (56.6%)	1,578 (43.5%)	1,066 (67.6%)	475 (13.1%)
杵築市	4,637	2,241 (48.3%)	2,035 (43.9%)	1,491 (73.3%)	206 (4.4%)	2,396 (51.7%)	1,828 (39.4%)	1,229 (67.2%)	568 (12.2%)
宇佐市	8,456	3,555 (42.0%)	3,259 (38.5%)	2,368 (72.7%)	296 (3.5%)	4,901 (58.0%)	3,866 (45.7%)	2,553 (66.0%)	1,035 (12.2%)
姫島村	460	328 (71.3%)	296 (64.3%)	217 (73.3%)	32 (7.0%)	132 (28.7%)	104 (22.6%)	63 (60.6%)	28 (6.1%)
日出町	3,770	1,509 (40.0%)	1,381 (36.6%)	976 (70.7%)	128 (3.4%)	2,261 (60.0%)	1,828 (48.5%)	1,225 (67.0%)	433 (11.5%)
九重町	1,796	834 (46.4%)	744 (41.4%)	507 (68.1%)	90 (5.0%)	962 (53.6%)	751 (41.8%)	537 (71.5%)	211 (11.7%)
玖珠町	2,583	1,088 (42.1%)	975 (37.7%)	717 (73.5%)	113 (4.4%)	1,495 (57.9%)	1,194 (46.2%)	803 (67.3%)	301 (11.7%)
豊後大野市	5,558	2,472 (44.5%)	2,327 (41.9%)	1,785 (76.7%)	145 (2.6%)	3,086 (55.5%)	2,509 (45.1%)	1,838 (73.3%)	577 (10.4%)
由布市	4,744	2,106 (44.4%)	1,913 (40.3%)	1,446 (75.6%)	193 (4.1%)	2,638 (55.6%)	2,041 (43.0%)	1,445 (70.8%)	597 (12.6%)
国東市	4,938	2,628 (53.2%)	2,437 (49.4%)	1,835 (75.3%)	191 (3.9%)	2,310 (46.8%)	1,825 (37.0%)	1,293 (70.8%)	485 (9.8%)
歯科医師	1,621	1,296 (80.0%)	1,112 (68.6%)	474 (42.6%)	184 (11.4%)	325 (20.0%)	163 (10.1%)	94 (57.7%)	162 (10.0%)
医師国保	1,942	1,143 (58.9%)	975 (50.2%)	364 (37.3%)	168 (8.7%)	799 (41.1%)	585 (30.1%)	270 (46.2%)	214 (11.0%)

出典: 令和4年度「KDB」でみる大分県

図表 27 医療機関受診と健診受診の関係グラフ

(令和4年度)



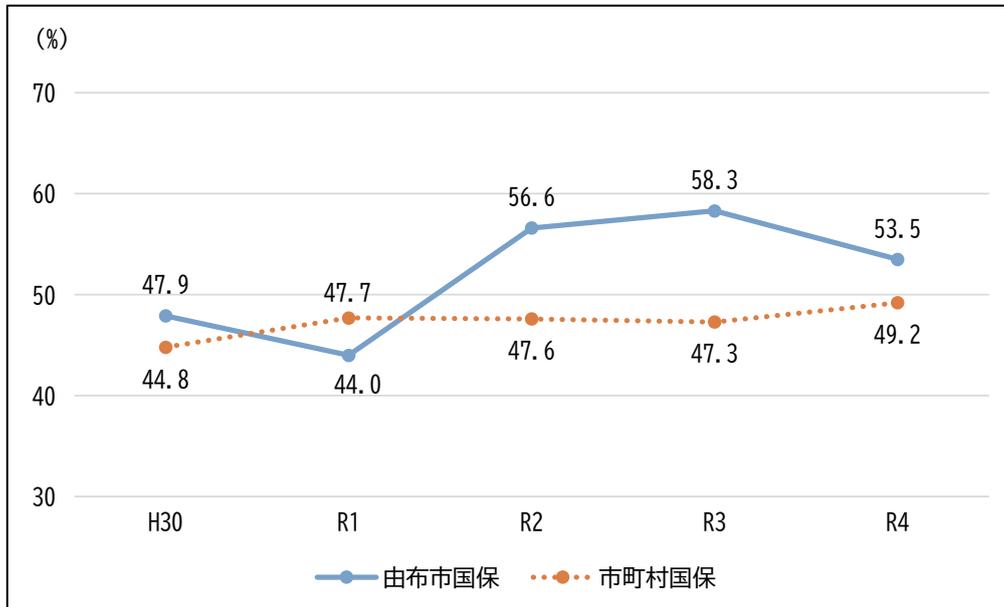
出典：令和4年度「KDB」でみる大分県

※図表23と図表26、27は、対象者数・受診者数の定義が異なるため受診率が一致しない。

## (2)特定保健指導について

### ◆特定保健指導率(終了率)の推移

図表 28 特定保健指導率(終了率)の推移



出典:法定報告

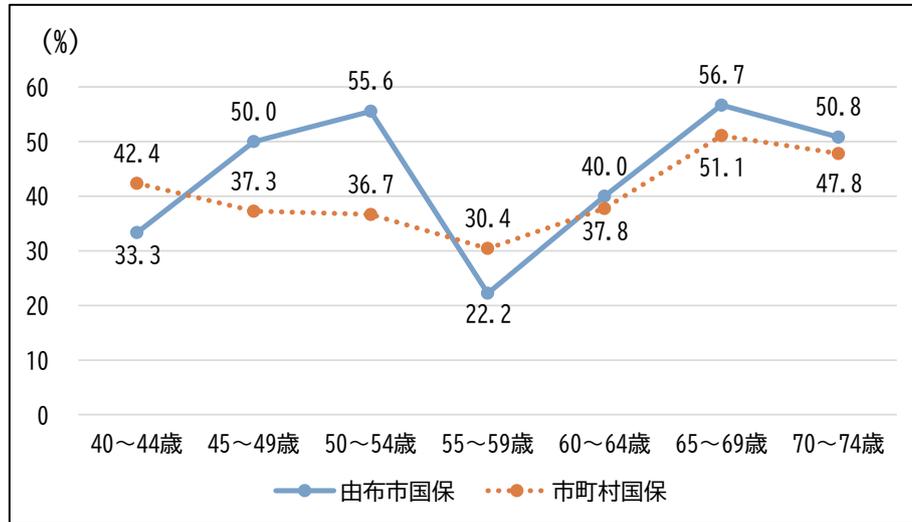
令和4年度の特定保健指導率は53.5%で市町村国保(49.2%)より高いです。

特定保健指導…特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による効果が多く期待できると判定された人に対して行われる健康支援。一人ひとりの身体状況や生活環境などに合わせて、医師・保健師・管理栄養士等が生活習慣を見直すためのサポートを行います。

図表 29 性別・年代別特定保健指導率(終了率)

男性

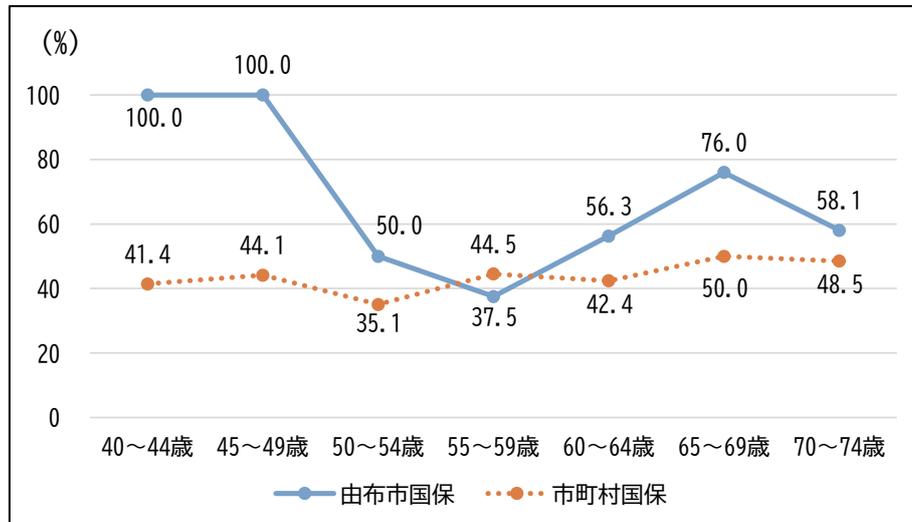
(令和4年度)



由布市	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳
指導対象者数(人)	9	8	9	9	15	30	61
保健指導終了者数(人)	3	4	5	2	6	17	31

女性

(令和4年度)



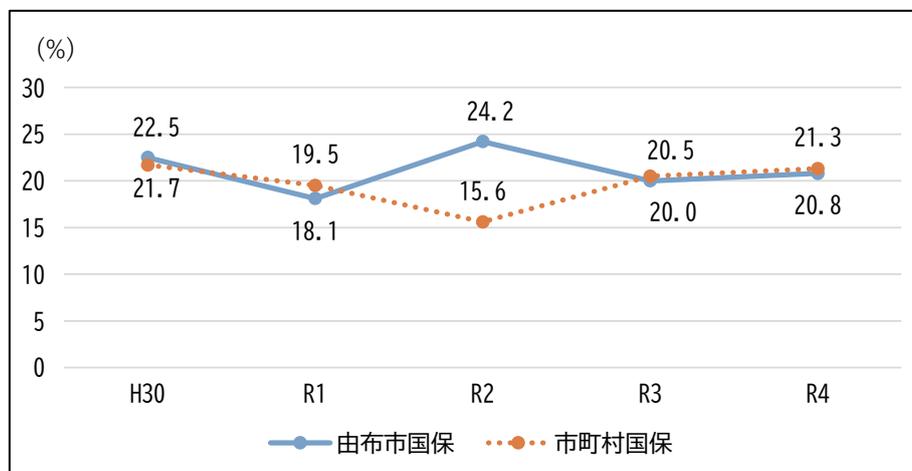
由布市	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳
指導対象者数(人)	1	2	2	8	16	25	31
保健指導終了者数(人)	1	2	1	3	9	19	18

出典:法定報告

市町村国保との比較(性別・年代別)では、40~44歳、55~59歳の男性の指導率が市町村国保より低く、女性については55~59歳の指導率が市町村国保より低いです。

◆特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

図表 30 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率の推移



出典：法定報告

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率は、増減の変動がありますが、概ね市町村国保と同水準です。

$$\text{減少率} = \frac{\text{今年度の特定健康診査受診者のうち、昨年度の特定保健指導の利用者の中で今年度は指導の対象でなくなったものの数(人)}}{\text{今年度の特定健康診査受診者のうち、昨年度の特定保健指導の利用者数(人)}}$$

(3)有所見者について

図表 31 有所見者割合

(令和4年度)

健診項目	有所見者基準	由布市(%) (A)	大分県(%) (B)	差(%) (A-B)
BMI	25以上	29.8	27.5	2.3
腹囲	85cm以上	40.3	33.5	6.8
収縮期血圧	130以上	45.8	46.9	-1.1
拡張期血圧	85以上	20.2	21.9	-1.7
GPT	31以上	15.7	14.1	1.6
HbA1c	5.6以上	66.4	64.5	1.9
中性脂肪	150以上	20.3	18.2	2.1
LDLコレステロール	120以上	47.3	49.9	-2.6
クレアチニン	1.3以上	1.2	1.6	-0.4
eGFR	60以下	22.5	24.7	-2.2

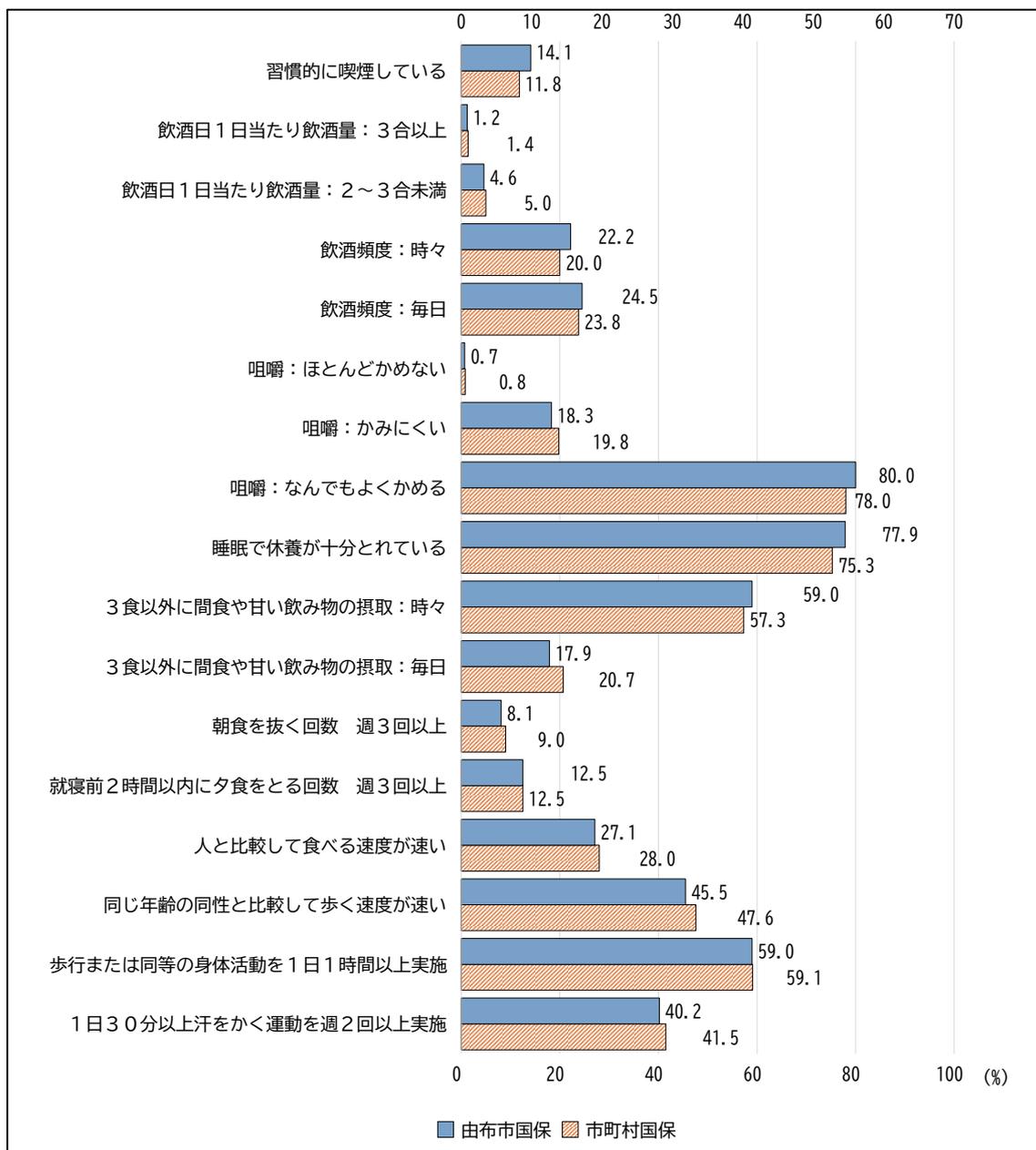
出典：MAP システム「MAP 統計情報」

令和4年度に有所見者割合が県を上回っていた項目は、BMI、腹囲、GPT、HbA1c、中性脂肪であり、特に腹囲は県との差が大きいです。

(4)質問票の回答について

図表 32 質問票の項目別回答割合

(令和4年度)



出典：法定報告

令和4年度特定健康診査における質問票の回答状況について、市町村国保と比較して「習慣的に喫煙している」と「飲酒頻度：時々」「飲酒頻度：毎日」と回答した割合が高くなっています。

## (5)詳細分析

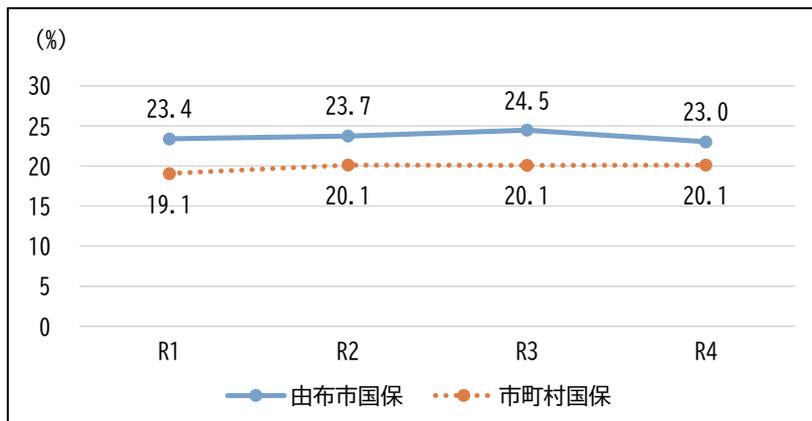
前述の通り、有所見者割合について、令和4年度に県平均を上回っていた項目は、BMI、腹囲、GPT、HbA1c、中性脂肪でした。また、質問票では市町村国保と比較して「習慣的に喫煙している」と「飲酒頻度:時々」「飲酒頻度:毎日」と回答した割合が高くなっていました。これらは生活習慣病と密接に関わっており、対策が必要な状況にあります。

上記を踏まえ、効果的な取組を検討するために、「メタボリックシンドローム該当者・予備群」、「飲酒習慣リスク群」および「喫煙習慣」に関する分析を行いました。

### ◆メタボリックシンドローム該当者・予備群に関する分析

メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の推移と、メタボリックシンドローム該当者・予備群について、どのような要因で該当するのか、また注意すべき年代を分析しています。

図表 33 メタボリックシンドローム該当者の割合の推移



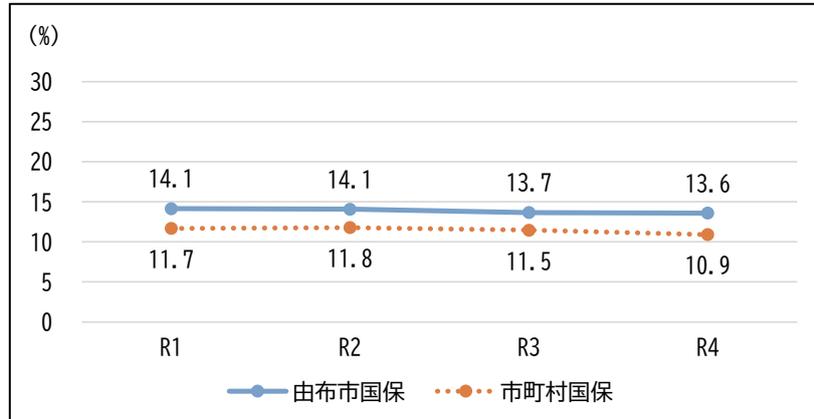
出典:法定報告

メタボリックシンドローム該当者の割合は、市町村国保が横ばいですが、由布市国保は横ばいかやや減少傾向です。しかし、令和元年度から令和4年度にかけて由布市国保は市町村国保を上回っています。

メタボリックシンドローム…内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態を指す。

※腹囲が一定以上(男性は 85cm、女性は 90cm 以上)あり、かつ高血圧、高血糖、脂質異常のいずれか1つ以上に該当するとメタボリックシンドロームの予備群、2つ以上に該当するとメタボリックシンドロームと判断されます。

図表 34 メタボリックシンドローム予備群の割合の推移

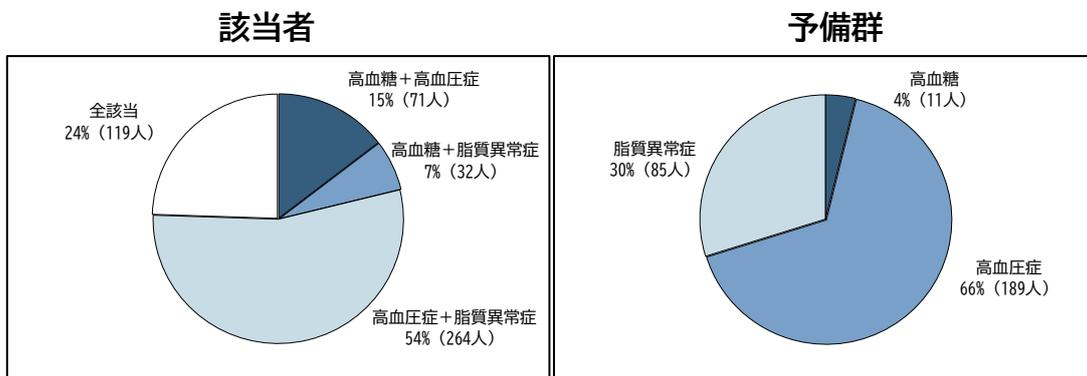


出典:法定報告

メタボリックシンドローム予備群の割合は、由布市、市町村国保ともに減少傾向です。しかし、メタボリックシンドローム該当者と同様に、令和元年度から令和4年度にかけて由布市国保は市町村国保を上回っています。

図表35 要因別メタボリックシンドローム該当者・予備群の内訳

(令和4年度)



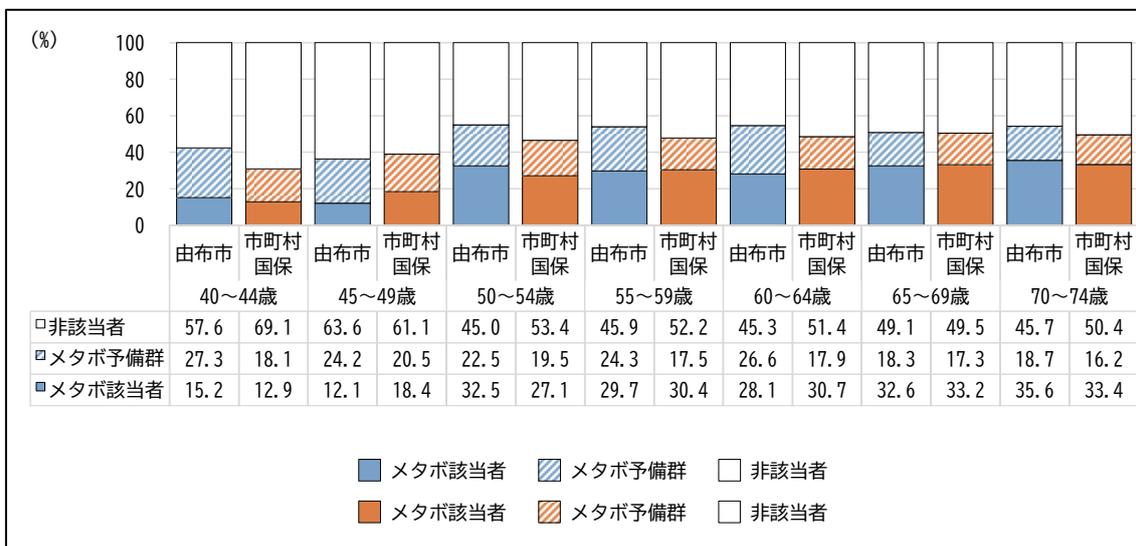
出典:新とよすけ

高血圧等の要因ごとにメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合をみると、該当者については、高血圧症 + 脂質異常症の組み合わせが最も高く54%となっています。また予備群については、高血圧症が66%と最も高いです。

図表36 性別・年代別メタボリックシンドローム該当者・予備群の内訳

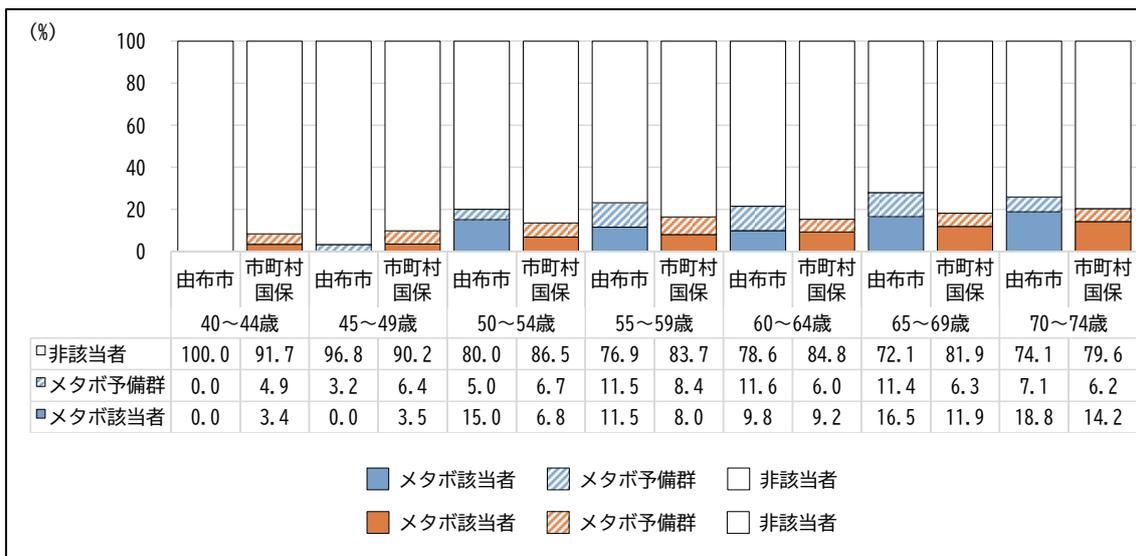
男性

(令和4年度)



女性

(令和4年度)



※内訳は、小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない。

出典:法定報告

性別・年代別では男女ともに50歳以上が市町村国保よりも高く、50歳以上の男性では約50%がメタボリックシンドローム該当者・予備群に該当しています。

◆メタボリックシンドローム該当者・予備群の質問票の回答状況

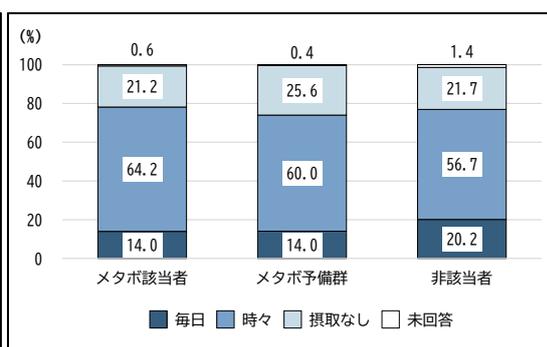
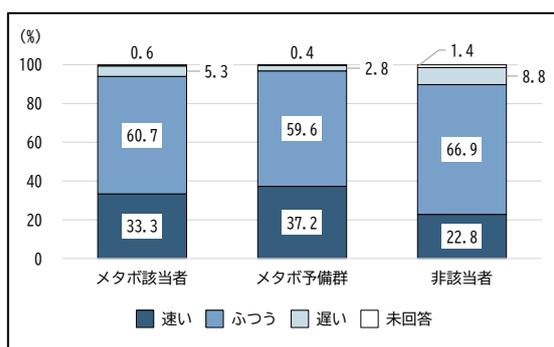
メタボリックシンドローム該当者・予備群について質問票の回答状況から生活習慣との関連性を分析しています。

図表 37 メタボリックシンドローム該当者・予備群の質問票の回答状況

(令和4年度)

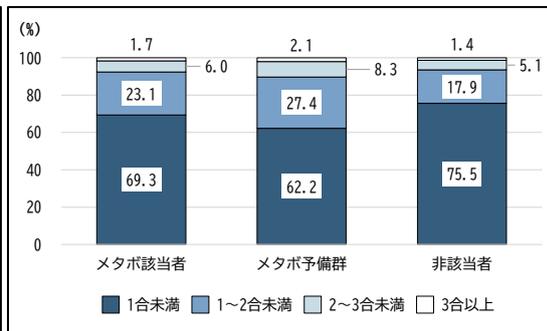
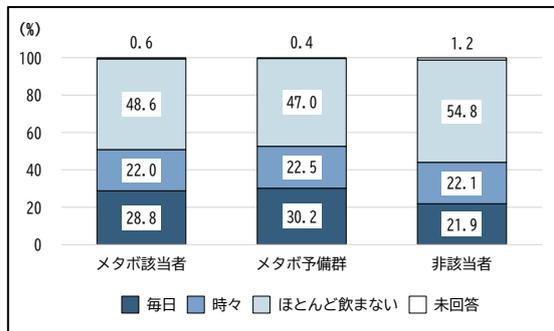
人と比較した食べる速度

3食以外に間食や甘い飲み物の摂取

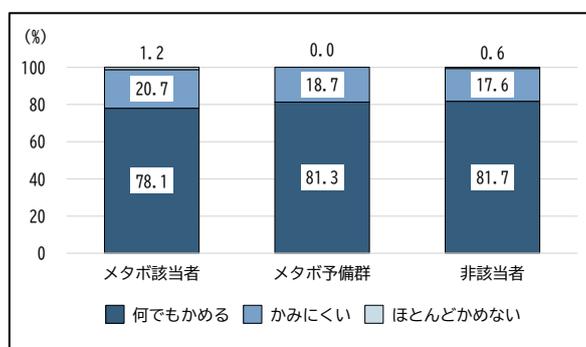


飲酒頻度

飲酒日の1日あたりの飲酒量

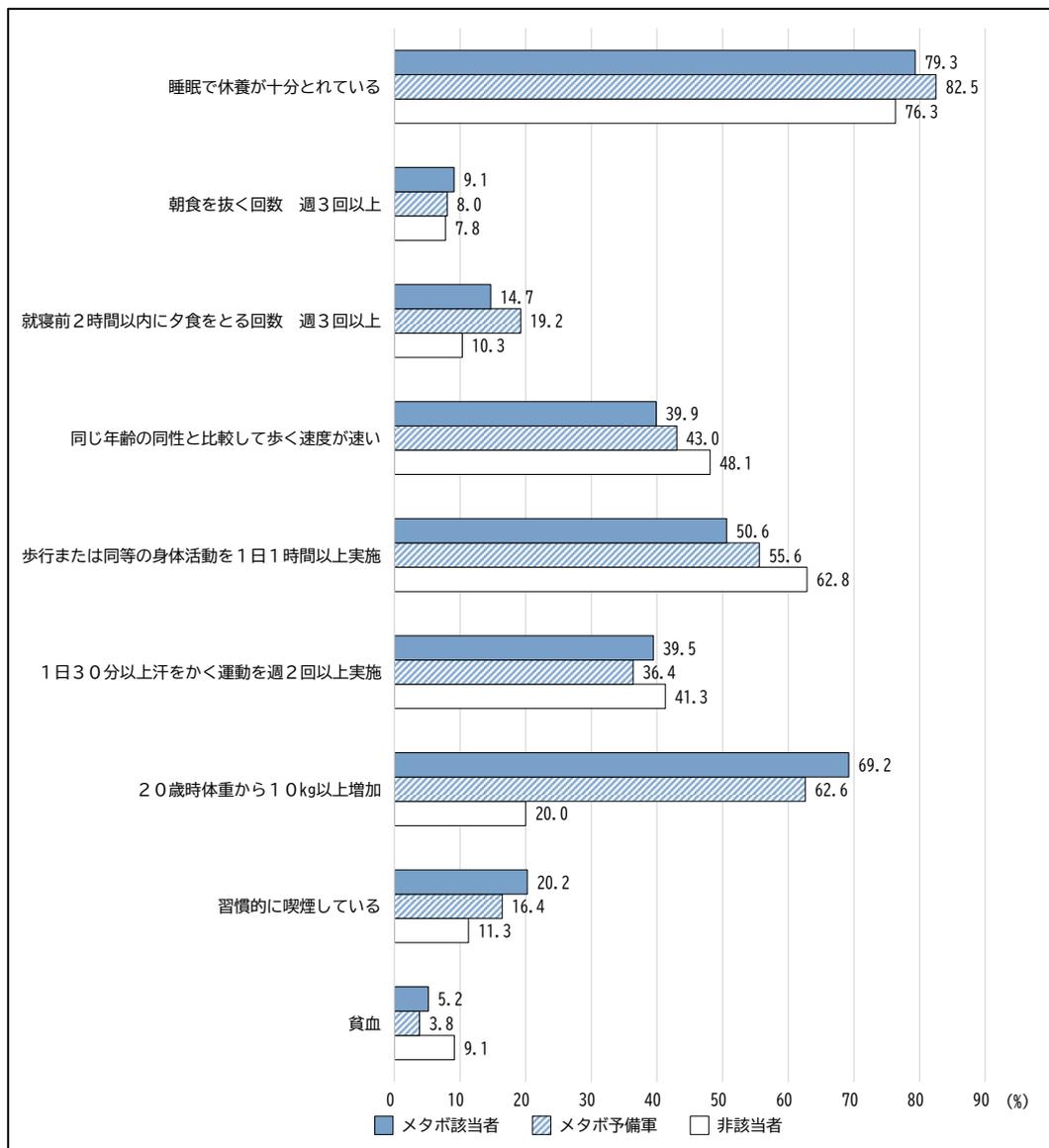


咀嚼



※内訳は、小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない。

## その他の質問項目



出典：法定報告

メタボリックシンドローム該当者・予備群は非該当者と比較すると「人と比較した食べる速度」が速い、「飲酒頻度」が毎日と回答した人の割合が高くなっています。

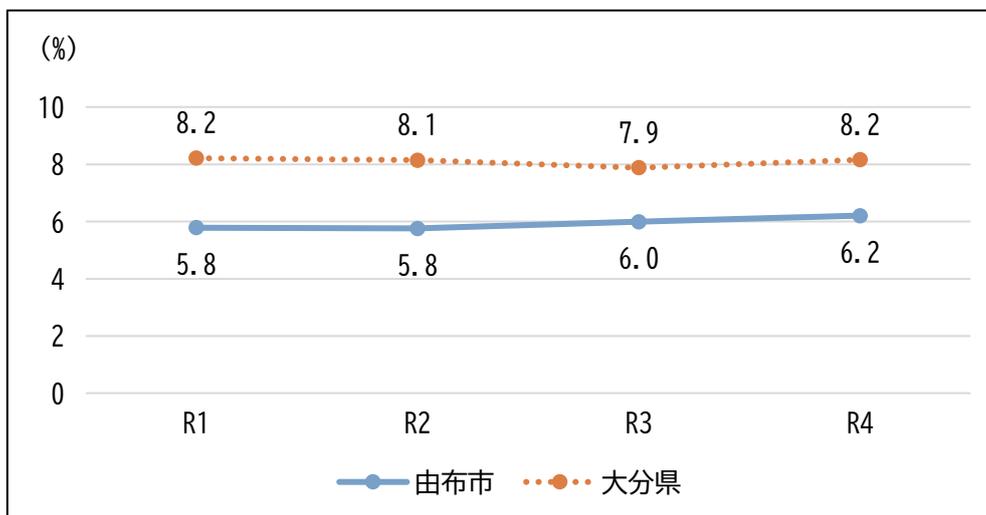
また、その他の質問項目について「20歳時体重から10kg 以上増加」「習慣的に喫煙している」と回答した人の割合が高くなっています。

図表35から図表37の分析結果より、メタボリックシンドローム該当者の要因は高血圧症＋脂質異常症、予備群の要因は高血圧症が最も多いこと、また男女ともに50歳以上が市町村国保よりもメタボリックシンドローム該当者・予備群割合が高いことが分かりました。さらに、食生活、体重変化や喫煙習慣といった項目にも特徴が現れています。

### ◆飲酒習慣リスク群に関する分析

性別・年代別に飲酒習慣リスク群の人数と割合を求め、飲酒に対する意識づけを行うべき年代を分析しています。

図表38 飲酒習慣リスク群の推移



出典:KDB「健康スコアリング(健診)」

飲酒習慣リスク群は県より低いですが、増加傾向にあります。

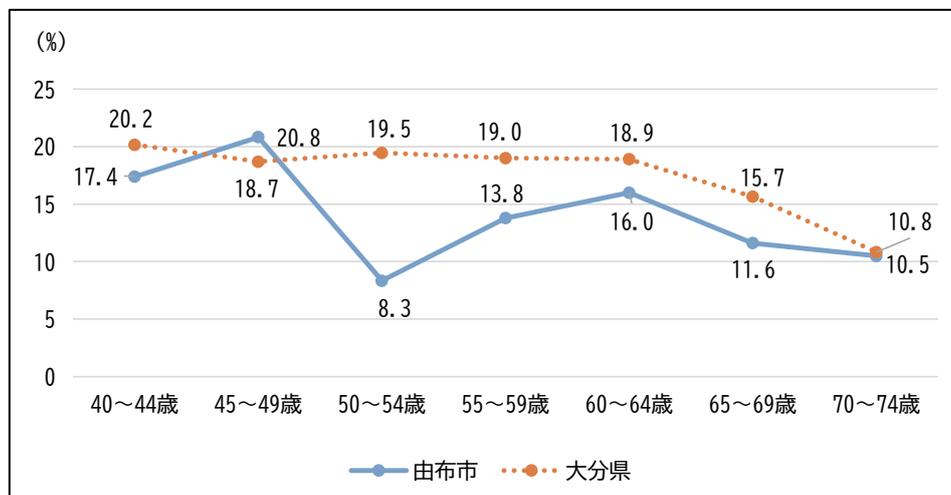
飲酒習慣リスク群…質問票において以下、①②のいずれかに該当する者。

- ① 飲酒頻度が「毎日」で1日あたり飲酒量が2合以上の者
- ② 飲酒頻度が「時々」で1日あたり飲酒量が3合以上の者

図表 39 性別・年代別飲酒習慣リスク群割合

男性

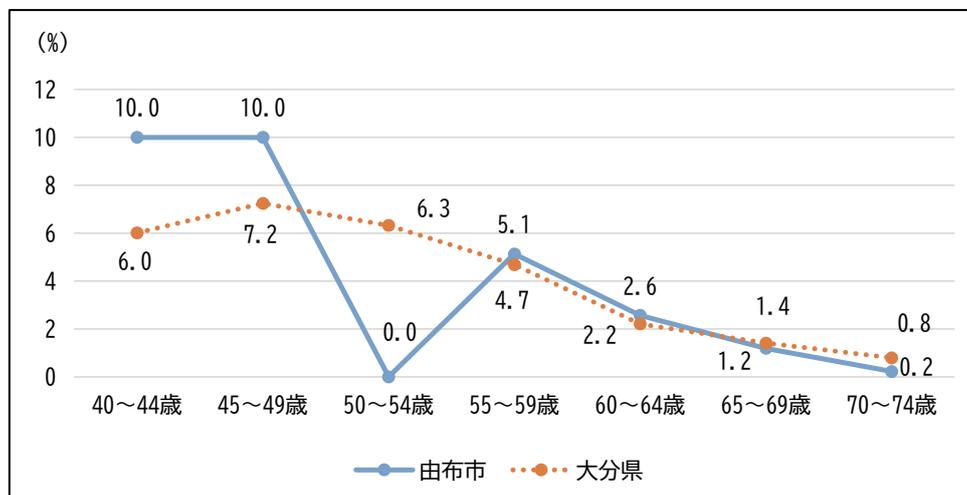
(令和4年度)



由布市	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳
飲酒回答数(人)	23	24	36	29	50	198	429
飲酒習慣リスク群(人)	4	5	3	4	8	23	45

女性

(令和4年度)



由布市	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳
飲酒回答数(人)	20	20	31	39	78	252	447
飲酒習慣リスク群(人)	2	2	0	2	2	3	1

出典:KDB「健康スコアリング(健診)」

令和4年度の性別・年代別で見ると男性は45~49歳、女性は40~49歳、55~64歳が県よりも多い傾向にあります。

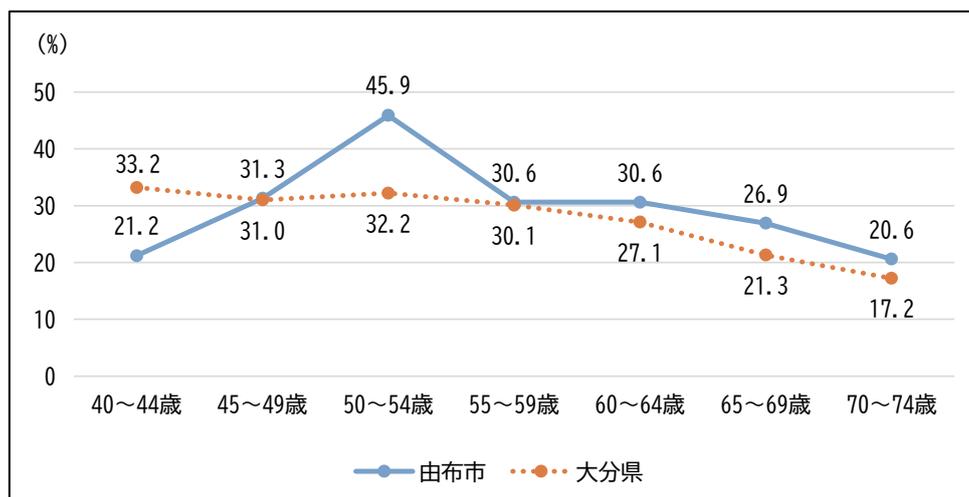
◆喫煙習慣に関する分析

性別・年代別に、喫煙の習慣がある人の多い年代を分析しています。

図表 40 性別・年代別喫煙率の推移

男性

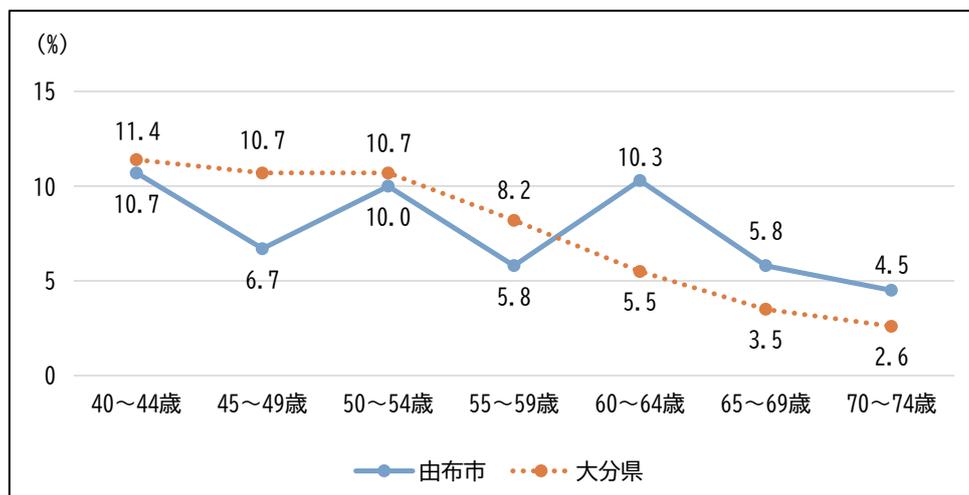
(令和4年度)



由布市	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳
喫煙者数(人)	7	10	17	11	19	58	95

女性

(令和4年度)



由布市	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳
喫煙者数(人)	3	2	4	3	11	20	26

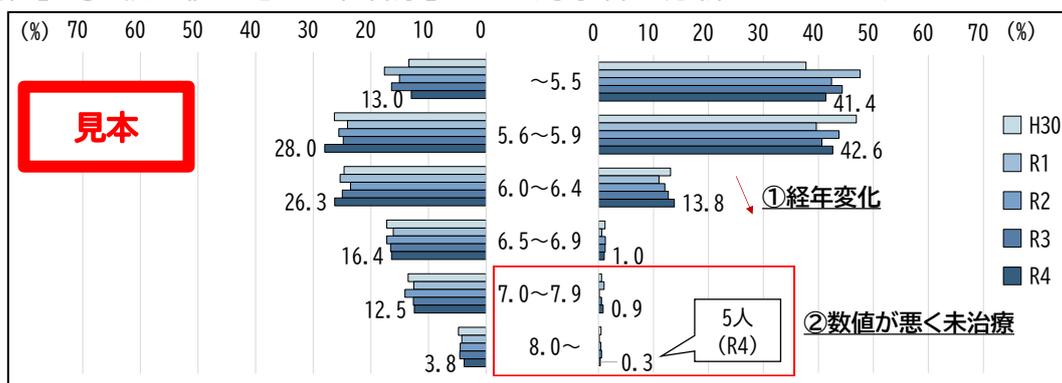
出典:MAP システム「地区統計情報 - 質問票調査の状況(年齢階層別)」

喫煙の習慣がある人の割合について性別・年代別に見ると45歳以上の男性と60歳以上の女性の喫煙率が県より高い状況です。

#### 4 レセプト・健診結果の分析

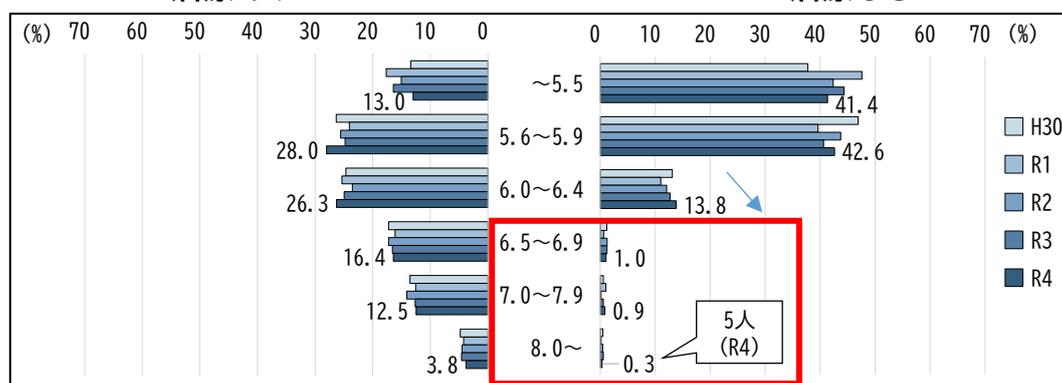
レセプトデータと特定健康診査データを組み合わせて分析することにより、生活習慣病罹患者のうち、未治療の人や治療のコントロール状況を見ることが出来ます。また、状況を把握することで優先的に保健指導や受診勧奨等を行う対象者を選定することができ、効果的な保健事業の展開にもつながります。

今回は特に生活習慣病と関係のある血糖、血圧、中性脂肪、LDL コレステロール、腎機能について、被保険者を治療・未治療に分け、①「各項目の区別割合の経年変化」、②「検査値が悪く、未治療」である対象者を分析しています。



#### (1) 血糖について

図表 41 近年における内服別 HbA1c の状況(全体)  
治療あり 治療なし



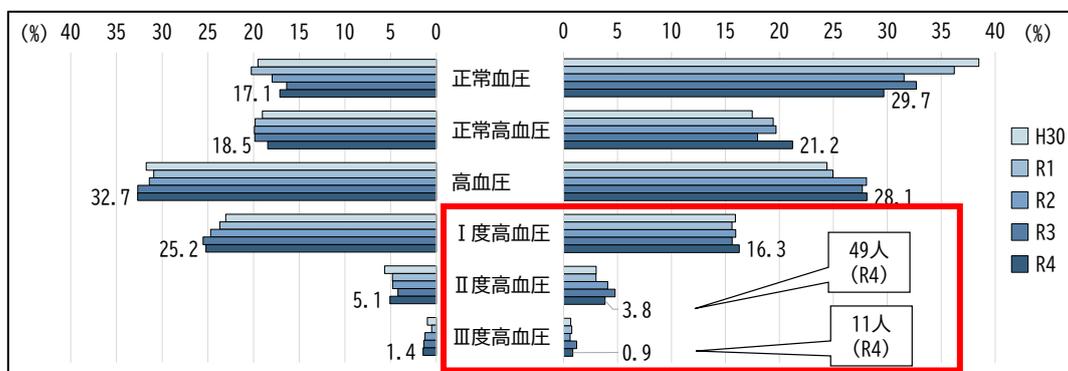
出典：新とよすけ

令和4年度に HbA1c の受診勧奨値である 6.5 以上で未治療が 2.2%(34人) います。そのうち、8.0 以上で未治療が 0.3%(5人) います。また、経年変化としては、6.0~6.4 の未治療が増加傾向にあります。

HbA1c…ヘモグロビンにグルコースが非酵素的に結合した糖化蛋白質である糖化ヘモグロビンの一つ。糖尿病の過去1~2カ月のコントロール状態の評価を行う上での重要な指標。

(2)血圧について

図表 42 近年における内服別血圧の状況(全体)  
治療あり 治療なし



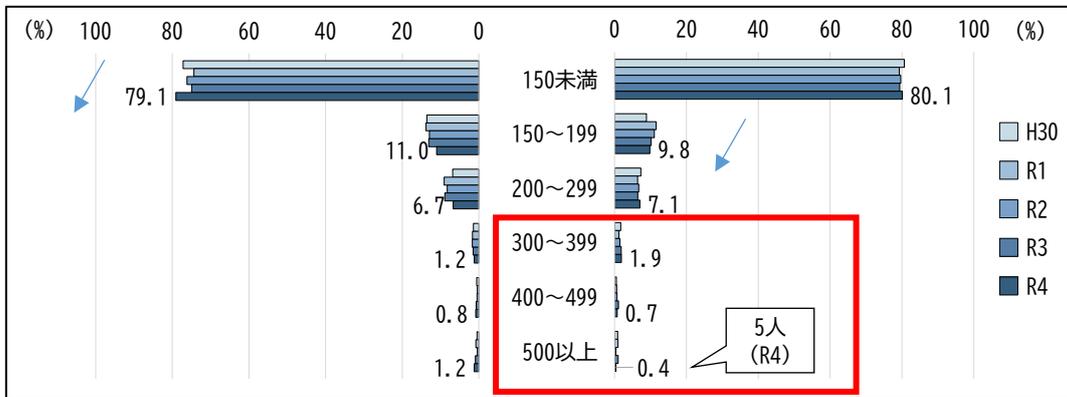
出典:新とよすけ

令和4年度に血圧の受診勧奨値であるI度高血圧以上で未治療が21.0%(268人)います。そのうち、II度高血圧で未治療が3.8%(49人)、III度高血圧で未治療が0.9%(11人)います。

	収縮期血圧		拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80
正常高血圧	120~129	かつ	<80
高血圧	130~139	かつ / または	80~89
I度高血圧	140~159	かつ / または	90~99
II度高血圧	160~179	かつ / または	100~109
III度高血圧	≥180	かつ / または	≥110

(3)中性脂肪について

図表 43 近年における内服別中性脂肪の状況(全体)  
治療あり 治療なし

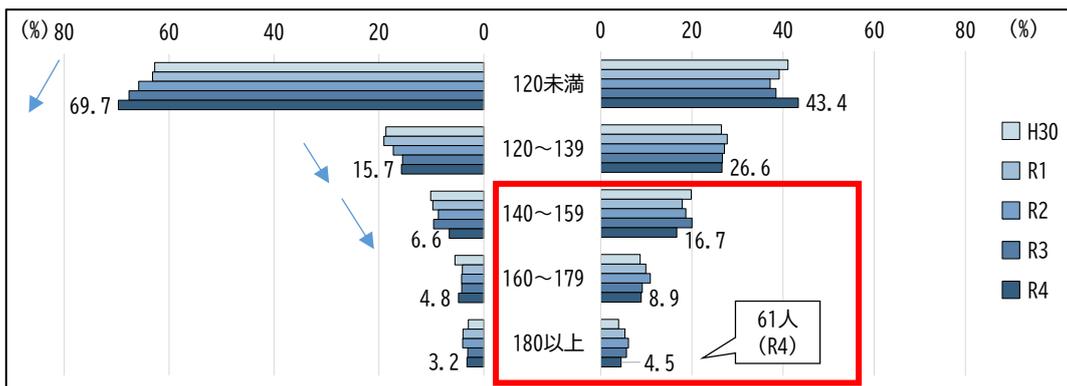


出典:新とよすけ

令和4年度に中性脂肪の受診勧奨値である300以上で未治療が 3.0%(41人)います。そのうち、中性脂肪が 500 以上で未治療が 0.4%(5 人)います。経年変化としては、150~199 の未治療の割合が減少傾向であり、150 未満の治療中が増加傾向です。

(4)LDL コレステロールについて

図表 44 近年における内服別 LDL の状況(全体)  
治療あり 治療なし

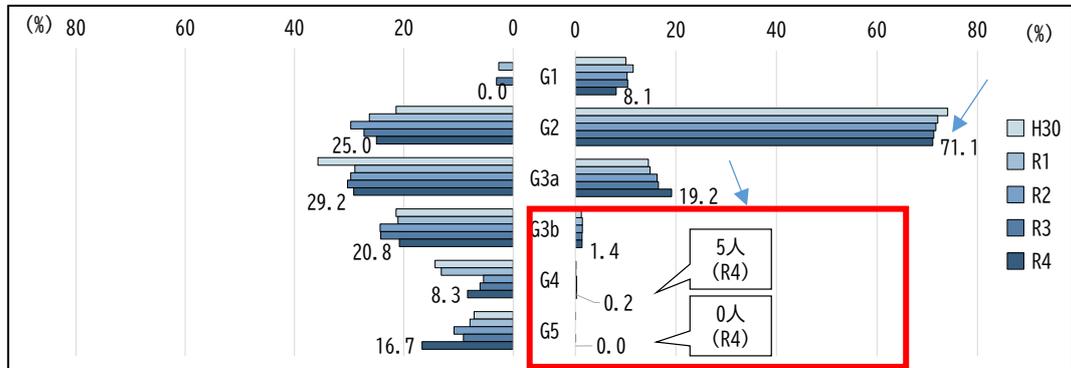


出典:新とよすけ

令和4年度に LDL コレステロールの受診勧奨値である 140 以上で未治療が 3 0.1%(409人)います。このうち、LDL コレステロールが 180 以上で未治療が 4. 5%(61人)います。経年変化としては、治療中のうち、120~139、140~159 が減少傾向であり、120 未満が増加傾向です。

(5)腎機能(クレアチニン、eGFR) について

図表 45 近年における内服別 eGFR の状況(全体)  
治療あり 治療なし



出典:新とよすけ

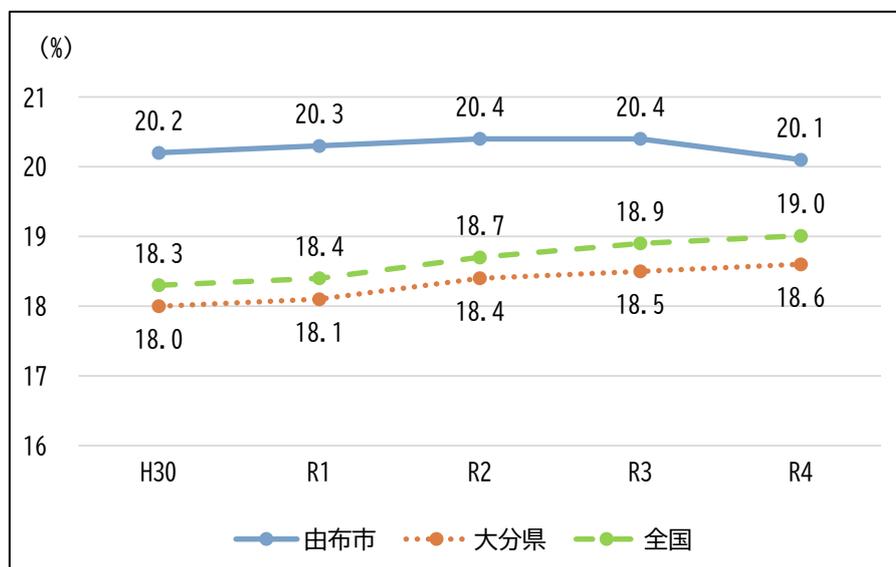
令和4年度に eGFR の受診勧奨値である未治療の G3b(中程度～高度腎機能低下)から G5(末期腎不全)までが 1.6%(33人)います。そのうち、G4 で未治療が 0.2%(5人)、G5 で未治療が0.0%(0人)です。経年変化としては、未治療者のうち G2(正常または軽度腎機能低下)が減少傾向であり、G3a(軽度～中程度腎機能低下)が増加傾向です。

eGFR(腎臓の動きを示す数値)  
 G1:正常または高値  
 G2:正常または軽度 腎機能低下  
 G3a:軽度～中程度 腎機能低下  
 G3b:中程度～高度 腎機能低下  
 G4:高度腎機能低下  
 G5:末期腎不全

## 5 介護の分析

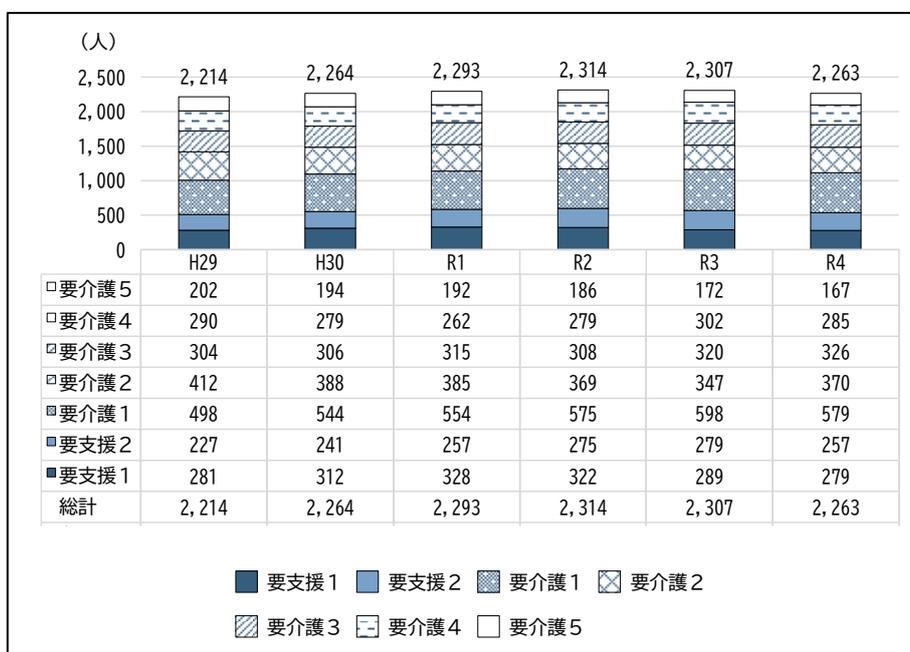
### (1)要介護認定率

図表 46 要介護認定率



出典:厚生労働省 介護保険事業状況報告

図表 47 要介護認定者

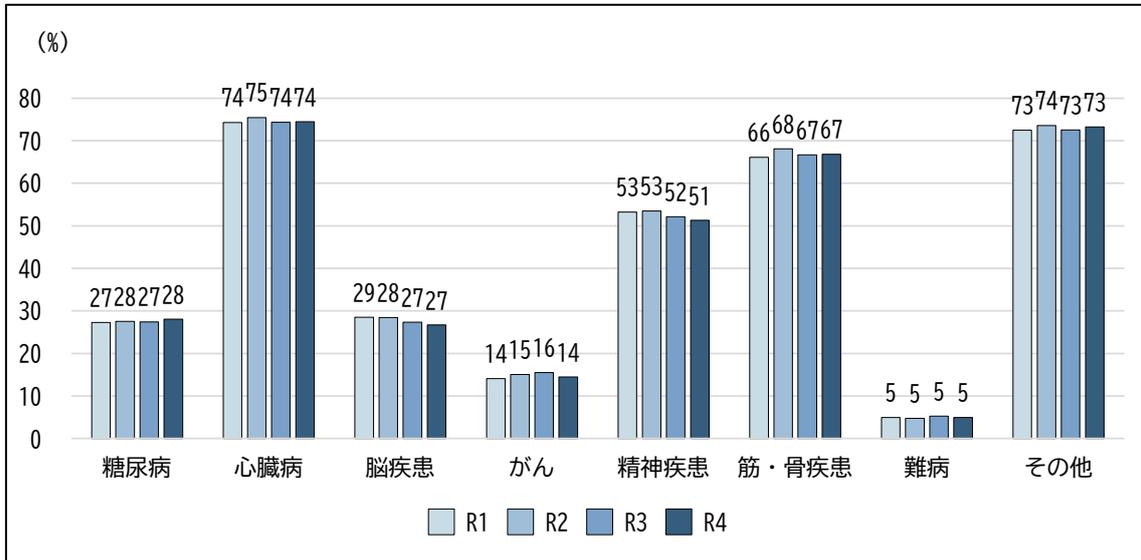


出典:厚生労働省 介護保険事業状況報告

令和4年度要介護認定率は 20.1%で、県平均(18.6%)や全国平均(19.0%)よりも高いです。

(2)要介護認定者の有病状況

図表 48 要介護認定者の有病状況



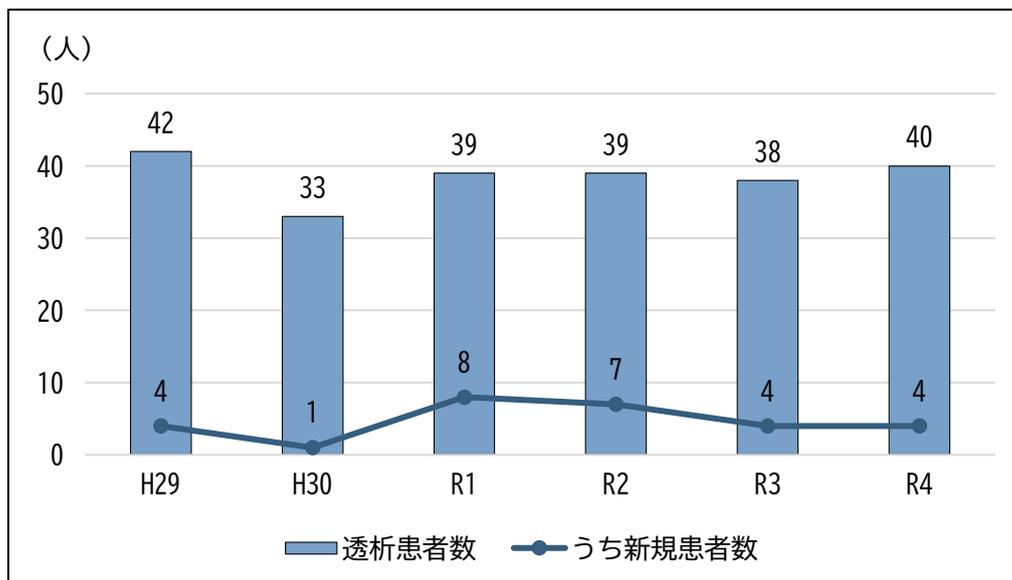
出典:KDB 要介護者有病状況

令和4年度の由布市の要介護認定者の有病状況は、有病率の高い順から心臓病(74%)、筋・骨疾患(67%)、精神疾患(51%)です。

## 6 その他

### (1)人工透析患者数について

図表 49 人工透析患者数



出典：KDB 厚生労働省様式2-2人工透析患者一覧表(平成29～令和4年度各月6月調べ)

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	計
透析患者数(人)	42	33	39	39	38	40	231
透析患者のうち新規患者数(人)(A)	4	1	8	7	4	4	28
新規患者のうち糖尿病治療と合併(人)(B)	3	0	3	3	3	3	15
新規患者のうち糖尿病治療と合併(%) (B/A)	75.0	0.0	37.5	42.9	75.0	75.0	53.6
新規患者のうち高血圧治療と合併(人)(C)	2	1	8	6	3	3	23
新規患者のうち高血圧治療と合併(%) (C/A)	50.0	100.0	100.0	85.7	75.0	75.0	82.1
(新規患者-糖尿病合併)のうち高血圧治療と合併(人)(D)	0	0	5	3	3	2	13
(新規患者-糖尿病合併)のうち高血圧治療と合併(%) (D/A)	0.0	0.0	62.5	42.9	75.0	50.0	46.4

出典：KDB 厚生労働省様式2-2人工透析患者一覧表

由布市の人工透析の患者数は、平成29年度以降、増減はありますがおおむね横ばいで推移しています。令和4年度に関しては新規患者数は4人でした。

## 7 分析結果の総括と第3期で取り組む健康課題について

健康・医療情報を分析した結果、第3期の健康課題として、以下の A～H の8つを挙げます。

- A 特定健康診査受診率は年々低下している。
- B メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が多い。
- C 喫煙率が高い。
- D 生活習慣病罹患者の歯科受診率が低く、歯周炎・歯周病を併発している人が多い。
- E 糖尿病の有病率が高い。
- F 脳血管疾患・虚血性心疾患の有病率が高い。
- G 腎不全・糖尿病にかかる医療費の割合が多い。
- H 入院・外来・調剤の1人当たり医療費は県平均と比較して高い。

### **A 特定健康診査受診率は年々低下している。**

前期計画からの継続課題です。平成20年度から始まった特定健康診査は、市内医療機関との連携による個別健康診査の推進や、受診勧奨通知の送付や電話等による受診勧奨の取組により、県内でも高い受診率を維持してきました。しかし、平成24年度以降は低下し続けており、加えて令和2年度以降は新型コロナウイルス感染拡大による受診控えや予防接種を優先した受診行動の影響もあり、更に低下しています。

年代別の受診状況では、40代、50代の受診率が低迷していることから、これまでの対策に加え、若い世代の受診率を向上させる対策が必要です。

受診形態別の内訳では、市内の個別医療機関で6割以上の人を受診していることから、今後も医療機関との連携が重要です。(図表:23～27)

### **B メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が多い。**

生活習慣病の発症とメタボリックシンドロームは深く関係しています。由布市国保は、メタボリックシンドローム該当者、予備群ともに市町村国保を上回っています。また、性別・年代別では男女ともに50歳以上が市町村国保よりも高い状況にあります。

適切な食生活や運動習慣、体重コントロール等の必要性について周知し(ポピュレーションアプローチ)、個々の価値観や生活に合わせた効果的な特定保健指導(ハイリスクアプローチ)を行うことで、メタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させることが必要です。(図表:31～37)

### **C 喫煙率が高い。**

由布市国保は喫煙率が高く、45歳以上の男性、60歳以上の女性の喫煙率が高い状況です。また、メタボリックシンドローム該当者、予備群は非該当者より喫煙している割合が高くなっています。喫煙は糖尿病、脳血管疾患、心疾患等多くの疾患と関係していることから、由布市の健康課題を解決するために禁煙を推進する取組は必要です。(図表:32、37、40)

### **D 生活習慣病罹患者の歯科受診率が低く、歯周炎・歯周病を併発している人が多い。**

歯周炎や歯周病が、糖尿病や動脈硬化等の危険因子になり、よく噛むことは肥満予防につながります。由布市では生活習慣病を治療している人のうち歯科受診をしている人が約半数という状況です。歯科健診や定期的な歯科受診を継続し、口腔の状態を良好に保ち、生活習慣病の重症化を予防することが重要です。

また、歯周炎や歯周病の予防は、肺炎の予防にも効果的だと言われており、長期的な視点では、介護予防、健康寿命の延伸にもつながることから、取組を進める必要があります。(図表:14、15)

### **E 糖尿病の有病率が高い。**

#### **G 腎不全・糖尿病にかかる医療費の割合が多い。**

前期計画からの継続課題です。由布市では、平成26年度から糖尿病予防に取り組んでおり、健診で早期発見し、早期に治療につながる取組により重症化を予防してきました。

近年では、全国的に糖尿病を起因とした新規人工透析患者の増加が課題となっています。由布市においても、新規人工透析患者の約7割が糖尿病に起因しています。

糖尿病を発症しない予防の取組、糖尿病治療が必要な人を治療につなげる取組、そして糖尿病の罹患者が治療を継続し、適切な療養生活を送ることで腎機能低下をはじめとする合併症を発症することなく過ごせるための取組が引き続き重要です。(図表:11、12、41、45、49)

### **F 脳血管疾患・虚血性心疾患の有病率が高い。**

前期計画からの継続課題である虚血性心疾患に加え、脳血管疾患も有病率が高い状況です。これらの疾患は、生活習慣病が重篤化した状況です。健診結果から、BMI、腹囲、GPT、HbA1c、中性脂肪の有所見者割合も多い状況です。前述のとおりメタボリックシンドローム該当者・予備群も多いため、それらを減少させる取組を行い、生活習慣病の有病率を減少させ、重篤化を予防する必要があります。(図表:13、31)

## H 入院・外来・調剤の1人当たり医療費は県と比較して高い。

調剤の1人当たり医療費が高いことは前期計画からの継続課題ですが、入院・外来の1人当たり医療費も県より高い状況です。

医療費適正化として、従来から行っている医療費通知やジェネリック差額通知事業に加え、お薬手帳の正しい利用について周知を強化することや、レセプトのデータを活用し、重複服薬者等を把握し、適正受診についての個別指導を関係機関と連携しながら強化する必要があります。(図表:8、9、17～22)

## 第4章 計画全体

本計画では、県の指導に基づき、標準化ツールを用いて健康課題と目標、関連する個別保健事業(第5章にて詳細を記載)について整理しました。

8つの健康課題の中でも、予防的な介入で被保険者の健康づくりを支援するという目的から、特定健康診査受診率の低下とメタボリックシンドローム該当者・予備群が多いという2つの健康課題を優先課題とし、保健事業を実施します。

そして、長期的には被保険者の健康増進、健康寿命の延伸、更に医療費の適正化を目指していきます。

	健康課題	優先する健康課題	対応する保健事業番号
A	<b>【特定健康診査受診率は年々低下している】★</b> これまでの特定健康診査受診率は県平均を上回っているが、年々低下している。特に59歳以下男性、40代女性は30%以下と受診率が低迷している。	✓	1,2,3,4
B	<b>【メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が多い】</b> メタボリックシンドローム該当者・予備群ともに県平均より高い。メタボ該当者では、高血圧と脂質異常が該当になる割合が高く、メタボ予備群では高血圧が該当になる割合が高い。	✓	1,2,3,4,5,6
C	<b>【喫煙率が高い】</b> 喫煙習慣がある人の割合が県平均と比較して高い。年代・性別毎に見ると45歳以上の男性と60歳以上の女性の喫煙率が県平均より高い。		4,5,6,7,8,9
D	<b>【生活習慣病罹患者の歯科受診率が低く、歯周炎・歯周病を併発している人が多い】</b> 糖尿病や高血圧等の疾患を罹患しているが歯科受診している割合が半数程度と低い。また、歯周炎、歯周病を併発している者の割合が約4割である。		4,5,8,9
E	<b>【糖尿病の有病率が高い】★</b>		4,5,6,7,8,9
F	<b>【脳血管疾患・虚血性心疾患の有病率が高い】★</b>		4,5,6,7,8
G	<b>【腎不全・糖尿病にかかる医療費の割合が多い】</b> 疾病分類別の医療費構成割合(中分類)では、腎不全(7.3%)、糖尿病(6.4%)の順で多い。		4,5,6,7,8,9
H	<b>【入院・外来・調剤の1人あたり医療費は県と比較して高い】★</b>		4,8,9,10,11

★2期計画で未解決であり、引き続き3期で取り組むとした健康課題

計画全体の目的	生活習慣病の発症及び重症化予防を図り、被保険者の健康増進と健康寿命の延伸、医療費の適正化を目指す。
---------	---------------------------------------------------

計画全体の目標	計画全体の評価指標	指標の定義	計画策定時実績	目標値						
			2022 (R4)	2024 (R6)	2025 (R7)	2026 (R8)	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)	
i	生活習慣病の重症化を予防する。	新規人工透析患者数	4人	減少	減少	減少	減少	減少	減少	減少
ii		HbA1c8.0以上の割合	1.2%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	減少
iii		Ⅱ度高血圧の割合	4.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少	減少
iv	生活習慣の改善を図る。	メタボリックシンドローム該当者の割合	23.0%	22.6%	22.2%	21.8%	21.4%	21.0%	20.6%	
v		メタボリックシンドローム予備群の割合	13.6%	13.2%	12.8%	12.4%	12.0%	11.6%	11.2%	
vi		メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	16.6%	増加	増加	増加	増加	増加	増加	
vii		HbA1c6.5以上の割合	10.5%	10.3%	10.1%	9.9%	9.7%	9.5%	9.3%	
viii		たばこを習慣的に吸っている人の割合	14.1%	13.8%	13.5%	13.2%	12.9%	12.6%	12.3%	
ix		健康意識を高める。	特定健康診査受診率	44.8%	48.0%	51.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%

事業番号	事業分類	事業名	重点・優先度	
1次予防	1	特定健康診査	特定健康診査事業	重点
	2	特定健康診査	特定健康診査受診率向上対策事業	重点
	3	その他	早期介入保健指導事業(40歳未満健診)	
	4	健康教育・健康相談	健康の見える化事業	
(発症)2次予防	5	特定保健指導	特定保健指導事業	重点
	6	その他	早期介入保健指導事業(40歳未満保健指導)	
	7	その他	早期介入保健指導事業(糖尿病予防)	
(重症)2次予防	8	重症化予防(受診勧奨)	生活習慣病重症化予防事業(受診勧奨)	重点
	9	重症化予防(保健指導)	糖尿病性腎症重症化予防事業(保健指導)	重点
適医療費	10	後発医薬品利用促進	後発医薬品(ジェネリック医薬品)推進事業	
	11	重複・頻回受診、重複服薬者対策	受診行動適正化指導事業(重複受診・頻回受診・重複服薬)	

## 第5章 個別保健事業計画

事業1		特定健康診査事業
事業の目的	内臓脂肪の蓄積を把握し、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防とメタボリックシンドローム該当者、予備群の減少を図る。	
事業の概要	受診対象者に、特定健康診査案内及び受診券・質問票を個別に送付し、個別医療機関または集団健診にて特定健康診査を実施する。	
対象者	40～74歳の被保険者	

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	メタボリックシンドローム該当者の割合	メタボリックシンドローム該当者数/特定健康診査受診者数	23.0%	22.7%	22.4%	22.1%	21.8%	21.5%	21.2%
	2	メタボリックシンドローム予備群の割合	メタボリックシンドローム予備群該当者数/特定健康診査受診者数	13.6%	13.4%	13.2%	13.0%	12.8%	12.6%	12.4%
	3	BMIの有所見者割合	MAP統計システムBMI25以上の割合	29.8%	29.4%	29.0%	28.6%	28.2%	27.8%	27.4%
	4	腹囲の有所見者割合	MAP統計システム腹囲が基準以上である割合	40.3%	39.0%	38.0%	37.0%	36.0%	35.0%	34.0%

項目	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	特定健康診査受診率(全体)	法定報告	44.8%	48.0%	51.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
	2	特定健康診査受診率(40代)	法定報告	24.1%	27.0%	30.0%	33.0%	36.0%	39.0%	42.0%
	3	特定健康診査受診率(50代)	法定報告	32.5%	35.5%	38.5%	41.5%	44.5%	47.5%	50.5%

プロセス(方法)	周知	対象者には、受診券と特定健康診査のお知らせを併せて個別通知する。また、市公式ホームページや市報、市公式LINE等のSNSを通じて周知する。
	勧奨	特定健康診査対象の国保新規加入者に対して加入手続き時に窓口でチラシ等を用いて特定健康診査の案内を行う。 市報やホームページに限らず、市の公式SNSやアプリ等を積極的に活用し特定健康診査受診勧奨を行う。
	実施および実施後の支援	<p>実施形態</p> 個別健診：集団健診、施設健診にて実施 個別健診：大分県国保と県医師会のとりまとめによる集合契約において契約した医療機関で実施 集団健診：県内の健診機関に委託し実施 施設健診：個別契約において契約した健診施設で実施
	実施場所	個別健診：県内の指定医療機関 集団健診：市の健康センター、公民館等の公共施設。個別に委託契約した健診施設 施設健診：県内の委託健診機関 健診場所の検討については、受診状況を踏まえ、毎年行う。

プロセス（方法）	実施および実施後の支援	時期・期間	各年5月～翌年2月末日
		データ取得	これまで事業所健診での受診結果を市へ提出した対象者へ引き続き年度内に個別通知で受診結果の提出依頼を行い、状況を把握する。
		結果提供	個別健診：受診した医療機関から本人へ結果を返却、説明を行う。 集団健診：市から郵送または面談にて結果の返却、説明を行う。 施設健診：受診した健診機関から本人へ結果を返却、説明を行う。
		その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	受診した者のうち、喫煙している人については結果返却時に禁煙に関するリーフレットを対面、もしくは郵送にて渡す。 若い年代でも受診しやすいよう、休日健診を実施する。

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	受診券発送と受診勧奨に関する業務は保険課が実施する。集団健診に係る受付と運営業務は、保険課と健康増進課が連携して実施する。
	保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	個別健診を大分県医師会に委託する。
	国民健康保険団体連合会	特定健康診査にかかる費用の請求・支払いの代行を委託する。
	民間事業者	集団健診、施設健診を委託する。
	その他の組織	個別医療機関、国保運営協議会、保健事業支援・評価委員会等から助言を受けながら、効果的な事業実施に努める。
	他事業	集団健診では、がん検診と同時実施する総合健診を推進し、特定健康診査とともにがん検診受診率向上にも取り組む。 健康立市推進事業との連携により、健康づくりに対するインセンティブとして「健康マイレージポイント」の付与を行い、被保険者自らが積極的に健康づくりに取り組むことを推進する。 19～39歳の被保険者に対しても健康診査の受診勧奨を行い、若い頃からの健診受診の習慣化を図る。
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	年度末には市内の特定健康診査実施医療機関を対象とした特定健康診査結果報告会と特定健康診査従事者説明会を行い、市の健康課題を共有するとともに、特定健康診査実施への協力依頼を行う。

**事業 2** **特定健康診査受診率向上対策事業**

事業の目的	特定健康診査の受診率向上を図る。
事業の概要	特定健康診査未受診者には個別通知の送付や訪問等を実施し、受診勧奨を行う。
対象者	40～74歳の被保険者のうち、当該年度に特定健康診査未受診である者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	未受診者訪問対象者の特定健康診査受診率	未受診者訪問対象者のうち、特定健康診査受診につながった割合	R1～R4まで実績なし	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
	2	未受診者通知対象者の特定健康診査受診率	未受診者通知対象者のうち、特定健康診査受診につながった割合	15.5%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%
	3	前年度特定健康診査未受診者の特定健康診査受診率	前年度特定健康診査未受診者が特定健康診査を受診した割合 (国保連合会作成資料)	18.1%	19.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	未受診者訪問実施率	未受診者訪問対象者に訪問を実施した割合	R1～R4まで実績なし	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	2	未受診者通知	未受診者通知対象者に通知を発送した割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	3	特定健康診査を周知した回数	市報またはSNSで特定健康診査を周知した回数	6回	8回	8回	8回	8回	8回	8回

プロセス(方法)	未受診者通知:医療受診や過去の受診歴、健診結果等に基づきナッジ理論を活用した勧奨ハガキを作成し、送付する。また、送付後の効果についても検証を行う。 未受診者訪問・電話かけ:新規加入者を中心に訪問や電話かけにて受診勧奨を行う。 市報やホームページに限らず、市の公式SNSやアプリ等を積極的に活用し特定健康診査受診勧奨を行う。 働き世代でも受診しやすい体制として、集団健診では休日健診を行う。
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ストラクチャー(体制)	未受診者通知は、民間企業に文書作成、郵送、送付後の効果検証(事業評価)を委託する。 未受診者訪問、電話勧奨は直営で実施する。(保険課) 個別医療機関、国保運営協議会、保健事業支援・評価委員会等から助言を受けながら、効果的な事業実施に努める。 国保連合会から提供される特定健康診査受診率に関する資料や「KDBで見る大分県」等を活用し、県内の他保険者と比較し必要な対策を検討する。
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	働き世代の受診率を向上させるため、個別通知には集団健診がWEBで簡単に予約ができることを分かりやすく周知する。 未受診者訪問については、健康状態の把握に加え生活状況の確認も行い、必要時には他課や他機関と連携した支援を行う。 市内医療機関と受診率の動向を共有し、連携して受診率向上を図る。
---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

事業 3		早期介入保健指導事業(40歳未満健診)								
事業の目的	40歳未満の被保険者に対して特定健康診査相当の健診受診機会を提供し、健診受診の習慣化を図り、40歳以上の健診受診率向上につなげる。									
事業の概要	特定健康診査相当の健診費用の一部を助成し、健康診査を実施する。 対象者に案内を個別に送付する。									
対象者	19～39歳の被保険者									
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	特定健康診査受診率(40代)	法定報告	24.1%	25.0%	26.0%	27.0%	28.0%	29.0%	30.0%
	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	19～39歳の健診受診率	19～39歳の健診受診率(受診者/対象者数)	7.7% (51/659)	8.0%	8.3%	8.6%	8.9%	9.2%	9.5%
プロセス(方法)	5月に健診に関する受診勧奨通知を個別に送付し、9～10月頃に健康診査未受診者に対して、再度勧奨通知を送付する。 受診した者のうち、喫煙している人については結果返却時に禁煙に関するリーフレットを対面、もしくは郵送にて渡す。 子育て広場、乳幼児健診会場に健診受診勧奨のポスターを掲示する。 若い世代が目にしやすい市公式SNSを活用し、受診勧奨を行う。									
ストラクチャー(体制)	健診の勧奨通知文書は市で作成し、封入作業は民間の健診機関に委託する。 健診実施は個別契約において契約した民間の健診機関に委託する。 個別医療機関、国保運営協議会、保健事業支援・評価委員会等から助言を受けながら、効果的な事業実施に努める。									
その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	個別通知には集団健診がWEBで簡便に予約ができることを分かりやすく周知し、WEB予約の活用を推進する。 子育て広場、乳幼児健診会場に健診受診勧奨のポスターを掲示する。									

**事業 4** **健康の見える化事業**

事業の目的	地域住民自らが地域の健康課題を知り、被保険者本人やその地域に暮らす住民が積極的に健康づくりに取り組めるきっかけをつくる。
事業の概要	国保の医療、健診データに、保健、介護、福祉等のデータを加え、市全体と地域別(生活圏域を考慮した16地域別)の健康課題を分析する。結果を「由布市のはなし」(見える化冊子)として作成する。また、その冊子を活用し、健康づくりや地域のキーパーソンとなる関係者や地域の住民に対しては健康講話等を行い、地域の健康課題を周知する。
対象者	由布市民

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	地区から実施の希望を受け、見える化冊子を活用した健康講話を実施した回数	地域で実施した健康講話の数(延)	8回	10回	12回	14回	16回	18回	20回
	2	住民が地区の健康課題を理解できた割合	健康講話実施時のアンケートにおいて聴取	なし	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	年間の見える化冊子配布割合	配布した冊子の数/作成した冊子の数	91.3%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	2	見える化冊子の利用について直接説明した回数	地域のリーダーに対して見える化冊子の活用について周知した回数	なし	10回	10回	10回	10回	10回	10回
	3	優先的に介入する地域に健康講話を実施した回数	地域で実施した健康講話の数(延)	なし	5回	5回	5回	5回	5回	5回

プロセス(方法)	<p>見える化冊子:人口や高齢化率等の人口動態と医療費から見える疾病構造、健診結果から見える生活習慣の特徴、介護データからみえる高齢期の課題等についてデータの抽出、分析を行う。完成した冊子の内容は市の公式ホームページ等に掲載する。令和6年度から8年度は、健康づくりや地域のキーパーソンとなる関係者に対して、冊子の認知度や活用状況についてアンケートを実施する。そのアンケート結果を元に令和9年度以降の事業推進について検討を行う。</p> <p>健康講話:関係課と連携し、健康講話について住民へ周知し、講話の依頼があった地域へ出向き、住民に対して実施する。内容は、見える化冊子の中で分析された各地域別の健康課題を示すとともに、由布市の健康課題を元に設定した複数のテーマ(糖尿病予防等)から、依頼を受けた内容について話す。健康講話のテーマについては、随時由布市の健康課題にあったものを検討して設定を行う。</p>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ストラクチャー(体制)	<p>見える化冊子:各システムから担当課が必要なデータを抽出し、データ分析を保険課が行う。冊子の構成や印刷は民間の業者へ委託する。完成した冊子を市内医療機関、健康・福祉等の関係機関へ保険課が配布し活用推進を依頼する。また市公式ホームページ等を活用した周知については保険課が行う。</p> <p>健康講話:関係課と連携し、健康講話について住民へ周知する。健康講話の実施は関係課と連携して実施する。</p>
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

その他(事業実施上の工夫・留意点・目標等)	<p>見える化冊子の内容については、市報、市の公式ホームページ等の従来の手法に加え、若い年代への周知も強化するために、市の公式SNS等も積極的に活用して周知を行う。</p> <p>16地域別の分析結果から、優先的に介入すべき地域を選定し、健康講話の実施等について保険課から提案を行う。</p> <p>各保健事業の案内チラシや個別通知等を作成する際には、医療・保健データの分析から明らかになった市の健康課題も関連づけて掲載するよう工夫し、保健事業の必要性を対象者に伝える。</p>
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## 西庄内東部地域

### 人口

	人口	高齢化率
令和3年	911人	49.4%
令和4年	877人	49.3%

各年12月末時点人口

由布市内の16地域（4ページ）のうち人口は9番目に多く、高齢化率は7番目に高い地域です。

### 医療

《医療費に占める疾患の割合》

入院：筋・骨格10%、脳神経6%、がん16%、糖尿病10%、腎臓病10%、脳血管障害5%、高血圧症4%、その他77%  
 外来：筋・骨格10%、がん16%、糖尿病10%、腎臓病10%、脳血管障害5%、高血圧症4%、その他55%

入院医療費に占める割合は、筋・骨格が一番高いです。外来医療費ではがん、糖尿病、筋・骨格の順で割合が高いです。適度な運動は足腰の不調を改善し、血糖コントロールにも有効です。また、健診、がん検診受診で、早期発見、治療、生活改善を行い重症化を予防しましょう。

### 介護

要支援・要介護認定率 17.4% 10位(16地区中)  
 (総合事業対象者は除く)

介護サービスを受給している方の割合

◆ニーズ調査結果(令和4年度調べ)  
 対象者：65歳以上 回答：247件

項目	この地域	由布市
運動器	19.0%	18.4%
認知	26.7%	27.9%
口腔	23.9%	24.3%
低栄養	3.6%	1.2%
認知	42.1%	43.6%
生活機能	8.1%	6.8%
うつ	36.4%	38.2%

### 健診

(健診受診率) 市内16地域中 1番目

#### 健診有所見率

項目	西庄内東部	由布市
メタボ	39%	38%
血圧	50%	49%
血糖	58%	63%
LDL	54%	50%
TG	26%	22%
肝機能	31%	29%
腎機能	18%	20%

#### 生活習慣 (健診時の問診票より)

質問項目	この地域	由布市
嗜好	86%	87%
運動	76%	77%
活動	44%	41%
食	59%	59%
飲酒頻度	47%	45%
飲まない	20%	26%

#### 健診(後期高齢者)

(健診受診率) 市内16地域中 5番目

質問項目	この地域	由布市
嗜好	96%	96%
運動	26%	21%
活動	54%	58%
認知	15%	19%
社会参加	81%	85%
家族や友人と付き合いがある	94%	95%

<b>事業 5</b>	<b>特定保健指導事業</b>
-------------	-----------------

事業の目的	メタボリックシンドロームに着目した指導を行い、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の予防を図る。
事業の概要	特定保健指導を実施する。
対象者	特定保健指導基準該当者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	食習慣の改善を認めた者の割合	保健指導終了者のうち、最終評価時点で食習慣の改善が見られた者の数/保健指導対象者	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%
	2	運動習慣の改善を認めた者の割合	保健指導終了者のうち、最終評価時点で運動習慣の改善が見られた者の数/保健指導対象者	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%
	3	喫煙習慣の改善を認めた者の割合	保健指導終了者の喫煙者のうち、最終評価時点で喫煙状況の改善が見られた者の数/保健指導対象者	7.4%	9.0%	11.0%	13.0%	15.0%	17.0%	19.0%
	4	飲酒習慣の改善を認めた者の割合	保健指導終了者のうち、最終評価時点で飲酒習慣の改善が見られた者の数/保健指導対象者	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%
	5	腹囲が2cm減少した者の割合	保健指導終了者のうち、最終評価時点で腹囲が-2cmを達成している者の数/保健指導対象者	23.8%	26.0%	28.0%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%
	6	体重が2キロ減少した者の割合	保健指導終了者のうち、最終評価時点で体重が-2キロを達成している者の数/保健指導対象者	17.7%	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%
	7	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	前年度の実施者のうち今年度の対象ではなくなった者の数/前年度の特定保健指導実施者数	20.8%	21.3%	21.8%	22.3%	22.8%	23.3%	23.8%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	特定保健指導実施率(終了者の割合)	特定保健指導修了者数/特定保健指導対象者数	53.5%	55.0%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%

プロセス（方法）	実施および実施後の支援	周知	(集団健診) 集団健診の会場にて、腹囲とBMIが基準値を超えた者については、特定保健指導について利用を促す内容のチラシを配布する。 (個別健診) 医療機関での結果通知の際に、特定保健指導の該当者については利用を促す内容の資料を渡す。 (施設健診) 特定健康診査受診の際に、特定保健指導の該当者については利用を促す周知を行う。
		勧奨	対象者へは、訪問前に訪問の目的と日時について文書を郵送する。 訪問しなかった場合は、架電し再度訪問日を調整する。訪問が困難である場合は電話にて状況を把握し資料等を送付する。 これまでの経過の中で保健指導への拒否が強い対象者については、健診結果等を踏まえて個別対応する。
	初回面接	初回面接	(集団健診) 特定保健指導対象者は、健診会場と健診結果返却時の分割実施で初回面接を行う。 (個別健診) 特定保健指導対象者は、健診実施の約1か月後に個別の案内を送付し自宅訪問等により実施する。 (施設健診) 特定健康診査実施施設に委託して実施する。
		実施場所	(集団健診・個別健診) 対象者の自宅訪問、庁舎への来所対応等で実施する。 (施設健診) 特定健康診査実施施設にて実施する。
		実施内容	対象者の生活状況に合わせた、効果的な保健指導を実施する。 保健指導時には、定期的な体重測定、食べる速さ、休肝日、禁煙について重点的に指導を行う。 初回指導での丁寧な目標設定と対象者の生活改善のモチベーションを維持するために、中間評価時点で血液検査を実施する。
		時期・期間	初回指導：健診後、1～2カ月以内に実施 中間評価(積極的支援該当者のみ)：初回指導後3か月経過時点で実施 最終評価：初回指導後3～6カ月以内に実施
実施後のフォロー・継続支援	初回指導後、健康増進課主催の健康教室等に繋げて支援する。 特定保健指導実施期間に個別の運動指導を民間企業に委託し支援する。(主催は健康増進課)		

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保険課、健康増進課
	保健医療関係団体 (医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など)	対象者の一部を大分県栄養士会に委託する。
	国民健康保険団体連合会	国保連合会から提供される特定保健指導に関する資料や「KDBで見る大分県」等を活用し、県内の他保険者と比較し必要な取組を検討する。
	民間事業者	集団健診で受診した対象者については、特定保健指導の一部を集団健診の委託機関に委託する。 健診施設で受診した対象者については、特定保健指導を健診施設に委託する。
	その他の組織	個別医療機関、国保運営協議会、保健事業支援・評価委員会等から助言を受けながら、効果的な事業実施に努める。
	他事業	初回面接実施後、必要に応じて民間企業と連携して、運動習慣の継続支援を実施する。(主催は健康増進課) 体成分分析器を用いた健康相談事業も必要時活用し、対象者のモチベーション維持を図る。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	保健指導時には健康管理において口腔ケアが重要であることを伝え、歯科のかかりつけ医を作ること、定期的な歯科受診を勧める。

<b>事業 6</b>	<b>早期介入保健指導事業(40歳未満保健指導)</b>
-------------	------------------------------

事業の目的	40歳未満の健診を受診後、生活改善が必要な対象者に保健指導を行うことで、若い年代から健康意識を高め生活習慣病予防の取り組みを推進する。
事業の概要	健診を実施し、特定保健指導基準相当である対象者には個別の保健指導を実施する。健診受診者のうち、減量が必要とされ、継続的な支援で効果が見込める対象者には、民間企業が実施する健康管理プログラムを実施する。
対象者	19～39歳の被保険者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	民間の保健指導プログラム(減量)利用者の改善率	2.2チャレンジに参加した者のうち翌年度に体重が減少した割合	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	2	食生活の改善を認めた者の割合	保健指導終了者のうち、最終評価時点で食習慣の改善が見られた者の数/保健指導対象者	—	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%
	3	運動習慣の改善を認めた者の割合	保健指導終了者のうち、最終評価時点で運動習慣の改善が見られた者の数/保健指導対象者	—	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%
	4	喫煙習慣の改善を認めた者の割合	保健指導終了者で喫煙者のうち、最終評価時点で喫煙状況の改善が見られた者の数/保健指導対象者	—	9.0%	11.0%	13.0%	15.0%	17.0%	19.0%
	5	飲酒習慣の改善を認めた者の割合	保健指導終了者のうち、最終評価時点で飲酒習慣の改善が見られた者の数/保健指導対象者	—	32.0%	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%
	6	腹囲が2cm減少した者の割合	保健指導終了者のうち、最終評価時点で腹囲が-2cmを達成している者の数/保健指導対象者	—	26.0%	28.0%	30.0%	32.0%	34.0%	36.0%
	7	体重が2キロ減少した者の割合	保健指導終了者のうち、最終評価時点で体重が-2キロを達成している者の数/保健指導対象者	—	20.0%	22.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトプット指標	1	個別の保健指導 実施率	40歳未満健診 受診者のうち、 保健指導実施者 /保健指導対象 者	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	2	民間の保健指導 プログラム(減 量)利用者の実 施者数	2.2チャレンジ 参加者数	1人	10人	10人	10人	10人	10人	10人

プロセス(方法)	健診受診後は結果に基づき訪問対象者を選定し、訪問日程を決め、通知を送付する。また、訪問時に必要とされる対象者には、民間の健康管理プログラムを案内し、希望者に対して実施する。 保健指導時には、定期的な体重測定、食べる速さ、休肝日、禁煙について重点的に指導を行う。 対象者の抽出基準、支援方法等については、特定保健指導に準じる。
ストラクチャー(体制)	健診受診後の保健指導は直営(保険課)で実施する。 健康管理プログラムは保険課が対象者選定を行い、民間企業が事業を実施する。(委託) 個別医療機関、国保運営協議会、保健事業支援・評価委員会等から助言を受けながら、効果的な事業実施に努める。
その他 (事業実施上の工夫・留意 点・目標等)	保健指導時には健康管理において口腔ケアが重要であることを伝え、歯科のかかりつけ医を作ること と、定期的な歯科受診を勧める。 必要に応じて民間企業と連携して、運動習慣の継続支援を実施する。(主催は健康増進課)

<b>事業 7</b>	<b>早期介入保健指導事業(糖尿病予防)</b>
-------------	--------------------------

事業の目的	特定健康診査または40歳未満の健診を受診後、血糖値改善のために生活改善が必要な対象者に保健指導を行うことで、糖尿病の有病率を低下させる。
事業の概要	健診受診者のうち対象者へ民間企業が実施する健康管理プログラムを案内し、希望者に実施する。
対象者	19歳以上の被保険者のうち、HbA1cが5.6～6.4である者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトカム指標	1	民間の保健指導プログラム(血糖改善)利用者の改善率	リプレに参加した者のうちHbA1cが改善した割合	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	2	食生活の改善を認めた者の割合	指導終了者のうち、最終評価時点で食習慣の改善が見られた者の数/指導対象者	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
	3	運動習慣の改善を認めた者の割合	指導終了者のうち、最終評価時点で運動習慣の改善が見られた者の数/指導対象者	0.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	民間の保健指導プログラム(血糖改善)利用者数	リプレ参加者数	1人	10人	10人	10人	15人	15人	15人

プロセス(方法)	健診結果に基づき健康管理プログラムを案内する対象者を選定し、案内を送付する。希望者に対してプログラムを実施する。
----------	----------------------------------------------------------

ストラクチャー(体制)	健康管理プログラムは保険課が通知を行い、民間企業が事業を実施する。(委託) プログラムの実施期間は、民間企業と連携し対象者が途中脱落することないよう、必要時に市からも声掛け等支援を行う。 個別医療機関、国保運営協議会、保健事業支援・評価委員会等から助言を受けながら、効果的な事業実施に努める。
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	働き世代でも生活改善が促しやすいよう、デジタルデバイスを活用した保健指導プログラムを積極的に活用する。 対象者は委託先の民間企業が定める基準に準じるが、血糖値改善の目的と、デジタルデバイスが活用しやすい年代を考慮し、市と民間企業で協議をした上で定める。 喫煙者には禁煙の必要性について指導を行う。 保健指導時には健康管理において口腔ケアが重要であることを伝え、歯科のかかりつけ医を作ることと、定期的な歯科受診を勧める。
---------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# HbA1c 検査値早見表

血管の状態

糖尿病予防・治療のための目標	HbA1c(%)		空腹時血糖	合併症の危険度
	NGSP	JDS		
糖尿病領域 治療が必要	8.7	8.3	126	<p>重症な血糖コントロールが必要です。 必ず定期的に病院に通院しましょう！</p> <p>合併症の危険がさらに大きくなる！！</p>
	8.6	8.2		
	8.5	8.1		
	8.4	8.0		
	8.3	7.9		
	8.2	7.8		
	8.1	7.7		
	8.0	7.6		
	7.9	7.5		
	7.8	7.4		
	7.7	7.3		
	7.6	7.2		
	7.5	7.1		
	7.4	7.0		
	7.3	6.9		
	7.2	6.8		
	7.1	6.7		
	境界域 生活習慣の改善で重症化予防	7.0		
6.9		6.5		
6.8		6.4		
6.7		6.3		
6.6		6.2		
6.5		6.1		
6.4		6.0		
6.3		5.9		
正常域	6.2	5.8	100	<p>正常値は、 5.5 以下だよ</p>
	6.1	5.7		
	6.0	5.6		
	5.9	5.5		
	5.8	5.4		
	5.7	5.3		
	5.6	5.2		
	5.5	5.1		
	5.4	5.0		
	5.3	4.9		
	5.2	4.8		
	5.1	4.7		
	...	...		



**事業 8** **生活習慣病重症化予防事業(受診勧奨)**

事業の目的		糖尿病性腎症、高血圧のリスク保有者のうち未治療者および治療中断者に対して、適切な医療機関受診を勧奨することで重症化の抑制及び健康寿命の延伸を図る。
事業の概要		糖尿病性腎症、高血圧のリスク保有者のうち、未治療者および治療中断者に受診勧奨通知の送付を行い、早期の受診を促す。
対象者	選定方法	前年度の健診結果および前年度と当該年度上半期のレセプトを元に事業対象者を選定する。
	選定基準	<p>■糖尿病性腎症対象者</p> <p>①医療機関未受診者 前年度健診受診者で、次の(1)(2)に該当する者 (1)いずれかに該当する者 ・HbA1c6.5%以上 ・空腹時血糖126mg/dl以上または随時血糖200mg/dl以上 (2)いずれかに該当する者 ・尿蛋白+以上 ・eGFR45(ml/分/1.73m<sup>2</sup>)未満 ・2年以内にeGFRが30%以上低下</p> <p>②治療中断者 (1)前年度健診未受診者</p> <p>■高血圧症対象者 前年度の健康診査受診者のうち、健診結果において下記のいずれかに該当する者 ・収縮期血圧160mmHg以上 ・拡張期血圧100mmHg以上</p>
	レセプトによる判定基準	<p>■糖尿病性腎症重症対象者</p> <p>①医療機関未受診者 前年度の特定健診受診月以降に糖尿病の治療歴が確認できない者</p> <p>②治療中断者 次の(1)(2)に該当する者 (1)過去3年間に以下いずれかの診療行為による糖尿病治療(I型糖尿病を除く)が認められる者 ・投薬 ・インスリン ・GLP-1受容体作動薬 (2)前年度から当該年度において、糖尿病の治療を3か月以上中断した者</p> <p>■高血圧症対象者 前年度、当該年度において高血圧症の治療歴が確認できない者</p>
	除外基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該年度において6か月以上の長期入院が認められる者</li> <li>・当該年度において医療費が30万円/月以上のレセプトが1件以上認められる者</li> <li>・当該年度において人工透析が認められる者</li> <li>・前年度から当該年度においてがん、うつ病、統合失調症が認められる者</li> </ul>

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	対象者の翌年度の医療機関を受診している割合(糖尿病性腎症治療中断者)	レセプトから受診の有無を確認	16.7%(1/6)	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	2	対象者の翌年度の医療機関を受診している割合(糖尿病性腎症未治療者)	レセプトから受診の有無を確認	66.7%(2/3)	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%
	3	対象者の翌年度の医療機関を受診している割合(高血圧症未治療者)	レセプトから受診の有無を確認	30.6%(11/36)	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績 (R4)	目標値					
					2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)
アウトプット指標	1	訪問対象者の訪問・電話等での保健指導実施率	訪問や電話かけを行った割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

プロセス (方法)	周知	対象者に個別通知
	勸奨	事業対象者に受診勧奨通知(返信票付き)を発送。その後返信状況を確認し、第1回送付の3か月後に第2回の受診勧奨通知を送付。期日までに返信の無い者はレセプトで受診状況を確認した上で、未受診者には訪問を行い、状況の把握と受診勧奨を行う。
	実施後の支援・評価	通知発送の約3か月後、訪問の約3か月後に、それぞれレセプトで受診状況を確認する。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	治療中であり、コントロール不良者について医療機関に情報提供を行いフォローを依頼する。

ストラクチャー (体制)	庁内担当部署	保険課
	かかりつけ医・専門医	治療中かつコントロール不良者については、医療機関と連携を図り支援する。
	民間事業者	委託事業者にてレセプト・特定健診結果から対象者を抽出する。
	その他の組織	対象者の選定基準や訪問対象者については生活習慣病予防対策小委員会の医師に合意を得る体制をとる。 個別医療機関、国保運営協議会、保健事業支援・評価委員会等から助言を受けながら、効果的な事業実施に努める。
	その他 (事業実施上の工夫・留意点・目標等)	指導時には健康管理において口腔ケアが重要であることを伝え、歯科のかかりつけ医を作ることと、定期的な歯科受診を勧める。 喫煙者には禁煙の必要性について指導を行う。

**事業 9** **糖尿病性腎症重症化予防事業(保健指導)**

事業の目的	糖尿病性腎症のリスク保有者における糖尿病の重症化を予防する。	
事業の概要	糖尿病性腎症のリスク保有者のうち、レセプトおよび服薬があるにも関わらず血糖値のコントロール不良者の生活習慣改善・服薬指導を行う。	
対象者	選定方法	健診受診者のうち、下記選定基準に該当した人を対象として、市で選定する。
	選定基準	健診結果による判定基準 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖130mg/dl以上で ①尿蛋白+以上 ②eGFR45(ml/分/1.73m <sup>2</sup> )未満 HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上で ③eGFRが過去2年で30%以上低下
	レセプトによる判定基準	糖尿病、糖尿病性腎症が主病(受診歴あり)かつ糖尿病薬剤を処方されている者
	除外基準	がん等で終末期にある者 重度の認知機能障害があり保健指導の効果が望めない者 糖尿病の診断がレセプト上に記載がなく、本人に確認しても診断を過去受けたことが無い者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	新規人工透析患者数	当該年度の新規人工透析患者数	4人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	2	対象者の翌年度のHbA1c改善者の割合	翌年度の健診におけるHbA1c7.0%以上の人の割合	44.4%(4/9)	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	3	対象者の翌年度のeGFR改善者の割合	翌年度の健診におけるeGFR45未満の人の割合	55.6%(5/9)	減少	減少	減少	減少	減少	減少
	4	対象者が糖尿病の定期的な受診を継続している者の割合	レセプトで確認し糖尿病の定期受診を確認	100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	5	対象者が翌年度の健診を受診した割合	対象者のうち次年度に健診受診を確認	63.6%(R3対象者22人のうちR4受診あり14人)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	事業対象者の保健指導実施率	対象者のうち保健指導を実施した人の割合	87.0%(20/23)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	2	医療機関と連携して支援した対象者数	指導対象者のうち、予防プログラムを利用した人の数	0人	増加	増加	増加	増加	増加	増加

(プロセス)	周知	対象者へ訪問の前に、訪問の目的や日時等に関する通知を郵送する。
	勧奨	訪問し不在だった場合は、架電し再度訪問日を調整する。 訪問が困難である場合は電話にて状況を把握し資料等を送付する。 これまでの経過の中で保健指導への拒否が強い対象者については、特定健診結果等を踏まえて個別対応する。

プロセス（方法）	実施内容	保健師、看護師、管理栄養士が自宅を訪問し、糖尿病性腎症重症化予防に必要な保健指導を行う。
	時期・期間	通年
	場所	対象者の自宅または市の公共施設
	実施後の評価	事業対象となった者は経年的に台帳で管理し、その後の状況について評価を行う。
	実施後のフォロー・継続支援	事業の対象となった場合は、原則3年間はフォロー対象者とする。（翌年度以降健診を受診していない場合や健診受診後に事業対象とならなかった場合は検査数値やレセプトで受診状況を確認し、架電や訪問による保健指導を行う。） 事業の対象となった者は後期高齢者医療制度に移行した場合も継続して支援を行う。（高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）
その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	毎年度6月にKDB厚生労働省様式2-2「人工透析患者一覧表」を活用し、人工透析患者数の推移についてまとめ、経年比較を行う。	

ストラクチャー（体制）	庁内担当部署	保険課がレセプト、特定健診結果から対象者を抽出する。
	保健医療関係団体 （医師会・歯科医師会・薬剤師会・栄養士会など）	市内医療機関・大分大学医学部附属病院（専門医、糖尿病性腎症専門外来専門職）
	かかりつけ医・専門医	継続プログラム対象者については、かかりつけ医からの指示書に基づき指導し、市の保健指導の内容についてかかりつけ医と共有する。 対象者の抽出基準や事業実施の方針等については市内医療機関や専門医の助言を得た上で決定する。
	その他の組織	中部保健所由布保健部と連携し、支援方針検討会や事例検討会を実施する。 個別医療機関、国保運営協議会、保健事業支援・評価委員会等から助言を受けながら、効果的な事業実施に努める。
	その他 （事業実施上の工夫・留意点・目標等）	年に2回、市と保健所、市内健診実施機関の医師、専門医と本事業の対象者について「支援方針検討会」を開催する。市内医療機関との連携を推進するためには、支援方針検討会に出席する医療機関を増やす必要がある。（目標：会議に出席する医療機関数の増加） 糖尿病性腎症重症化予防に関する支援者のスキル向上を目的に、大分大学医学部附属病院の専門職を講師に、毎年「スキルアップ研修」を実施する。 指導時には健康管理において口腔ケアが重要であることを伝え、歯科のかかりつけ医を作ることと、定期的な歯科受診を勧める。 喫煙者には禁煙の必要性について指導を行う。

**事業 10**

**後発医薬品(ジェネリック医薬品)推進事業**

事業の目的	後発医薬品(ジェネリック医薬品)の利用を推進し、医療費の適正化を図る。
事業の概要	①ジェネリック医薬品に関する周知、差額通知書を個別に通知する。 ②高齢者サロンにてジェネリック医薬品の利用推進についての内容で出前講座を行う。
対象者	①国保被保険者 ②市内の高齢者サロン参加者

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトカム指標	1	後発医薬品の使用割合	厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合」	80.6%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	2	1人あたり医療費(調剤)の金額について	MAPシステム	8.2万円	減少	減少	減少	減少	減少	減少

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時 実績 (R4)	目標値					
					2024 年度 (R6)	2025 年度 (R7)	2026 年度 (R8)	2027 年度 (R9)	2028 年度 (R10)	2029 年度 (R11)
アウトプット指標	1	年間のジェネリック差額通知の配布回数	送付した回数	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回
	2	出前講座の実施回数(ジェネリック医薬品の内容)	地域で実施した健康教育の数	3回	5回	5回	5回	5回	5回	5回

プロセス(方法)	①健康保険証を郵送する際に、ジェネリック希望カードを同封して送付。また、市報にてジェネリック医薬品の啓発を行う。 年間3回(7月、11月、3月)、個別にジェネリック医薬品差額通知書を送付し、利用を推進する。 ②ジェネリック医薬品の利用促進についての内容を保険課の出前講座の内容に追加。
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ストラクチャー(体制)	①委託事業者にて作成、送付する。 ②高齢者支援課と連携し、健康教育の内容について地域へ周知し、活用推進を図る。
-------------	------------------------------------------------------------

事業 11

受診行動適正化指導事業(重複受診・頻回受診・重複服薬)

事業の目的	不適切な受診行動は医療費の増大及び対象者の健康状態悪化が危惧されるため、対象者に対して適正な受診行動を促すことで医療費の増大及び健康状態の悪化を防ぐ。
事業の概要	対象者に対して、不適切な受診、服薬に対する個別指導を行う。
対象者	<p>《重複・頻回受診》</p> <p>①重複受診:同一か月内において同一疾病分類で受診した回数(医療機関の数)が4回以上の者</p> <p>②頻回受診:同一か月内において同一疾病分類で受診した日数が15日以上</p> <p>⇒①・②において抽出した者のレセプト状況と過去の訪問状況等も参考にして対象者を抽出する。</p> <p>《重複服薬》</p> <p>重複服薬:重複服薬対象者候補リスト(国保連合会より毎月提供されるリスト)を参考に3剤以上重複服薬している者を毎月抽出し、1～8月診療分において3回以上リストアップされた者及び前年度当該事業の訪問対象者とする。</p>

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトカム指標	1	対象者の翌年度の受診行動の改善割合(重複受診)	快速サーチャー協働電算処理「重複多受診者一覧表」にて翌年度の受診状況を確認	33.3%(1人/3人)	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	2	対象者の翌年度の受診回数の改善割合(頻回受診)	快速サーチャー協働電算処理「重複多受診者一覧表」にて翌年度の受診状況を確認	0.0%(0人/2人)	増加	増加	増加	増加	増加	増加
	3	対象者の重複している服薬の改善割合(重複服薬)	国保連合会重複服薬対象者候補リストにて翌年度の服薬状況を確認	50.0%(1/2人)	増加	増加	増加	増加	増加	増加

	No.	評価指標	評価対象・方法	計画策定時実績(R4)	目標値					
					2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)
アウトプット指標	1	対象者への保健指導実施率	事業対象者のうち、訪問もしくは架電により保健指導を実施した者の割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

プロセス(方法)	<p>《重複・頻回受診》</p> <p>快速サーチャー協働電算処理「重複多受診者一覧表」にて対象者を抽出し、レセプトと過去の訪問状況も参考に対象者を選定する。訪問を実施し健康状態、生活状況について確認を行い、適正受診について指導を行う。</p> <p>《重複服薬》</p> <p>国保連合会重複服薬対象者候補リスト(国保連合会より毎月提供されるリスト)を参考に対象者を抽出し、国民健康保険運営協議会に所属する薬剤師に助言を得て、介入する対象者を選定する。重複服薬による健康被害のリスクが高い者については薬剤師との同伴訪問を検討する。</p> <p>訪問時にはホームドクターをすること、お薬手帳の適切な使用について指導する。また、お薬手帳カバーを渡し、手帳の一本化を指導する。</p>
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ストラクチャー(体制)	<p>個別医療機関、国保運営協議会、保健事業支援・評価委員会等から助言を受けながら、効果的な事業実施に努める。</p> <p>重複服薬者への訪問指導については、薬剤師から支援方針等について助言をもらいながら指導を実施する。</p> <p>多剤服用者の状況を分析し、対象者への保健指導について医師会、薬剤師会等と連携し、実施に向けて調整を図る。</p>
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 第6章 その他

### 1 データヘルス計画の評価・見直し

#### (1) 個別の保健事業の評価・見直し

保健事業の評価指標に基づき、年度毎に事業の効果や目標の達成状況を確認します。目標達成が困難であった場合はその要因について分析や検討を行い、次年度の保健事業の実施や計画の見直しに反映します。

#### (2) 計画全体の評価・見直し

設定した評価指標に基づき、年度毎に進捗管理を行います。また、令和8年度には中間評価を行い、計画の最終年度である令和11年度には次期計画の円滑な策定に向けて、計画全体の見直しを行います。

### 2 データヘルス計画の公表・周知

策定した計画は、由布市のホームページ等において公表および周知します。

### 3 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いにあたっては、個人情報の保護に関する各種法令に基づき適切に管理します。また、業務を外部に委託する際も同様に扱われるよう委託契約書に定めるとともに、委託先に対して必要かつ適切な管理・監督を行い、個人情報の取り扱いについて万全の対策を講じるものとします。

### 4 地域包括ケアに係る取組

#### (1) 地域ケア会議への参加

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるために必要な課題についての議論に保険者として参加します。

#### (2) 健康の見える化事業

地域包括ケアに関わる関係者や地域住民が、各地域の課題をより理解できるように、KDBシステム等のデータを活用し、地域別の健康課題の分析を行い、資料として作成し活用することで地域包括ケアを推進します。

### (3)高齡者の保健事業と介護予防の一体的実施

健診や医療費データを活用し、高齡者の疾病予防及び重症化予防を目的とした健康づくり・介護予防の取組について高齡者支援課、健康増進課、保険課が連携し、相互の事業の連動性を意識した効果的な取組を実施します。

## 資料編

### 1 由布市データヘルス計画策定委員会

#### (1) 策定委員会設置要綱

##### 由布市データヘルス計画策定委員会設置要綱

(設置)

第1条 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成16年厚生労働省告示第307号)及び高齢者の医療の確保に関する法律に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針(令和2年厚生労働省告示第112号)に基づく保健事業実施計画(以下「データヘルス計画」という。)の実施状況の評価を行い、医療費等のデータから健康課題を抽出し、データヘルス計画の策定及び施策を提案することを目的として由布市データヘルス計画策定委員会(以下「策定委員会」という。)を設置する。

(所掌事項)

第2条 策定委員会は、健康寿命の延伸を目指して、地域の健康課題を明らかにしたPDCAサイクルに基づく事業を実施した評価、評価を踏まえた次期計画の策定をするため、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) データヘルス計画の実施状況の評価
- (2) レセプト等のデータ分析による健康課題の抽出
- (3) 健康寿命の延伸を目指した健康課題の解決策となる施策等の提案
- (4) その他前条に掲げる目的を達成するために必要な事項

(組織)

第3条 策定委員会は、15人以内をもって組織し、委員は次の各号に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

- (1) 保健医療関係者
- (2) 被保険者代表
- (3) 関係機関の者
- (4) 有職者
- (5) その他市長が必要と認める者

2 委員の任期は、市長が委嘱した日から当該年度の末日までとする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第4条 策定委員会の委員長は、保健医療関係者のうちから市長が選定し、副委員長は、委員の互選により選定する。

- 2 委員長は、策定委員会を総括し、代表する。
- 3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときはその職務を代理する。

(会議)

第5条 会議は、委員長が召集し、その議長となる。ただし、委員の任期満了等に伴い、新たに組織された策定委員会の最初に開催される会議は、市長が召集する。

- 2 会議は、委員の過半数の出席がなければ開催できない。
- 3 会議は、出席した委員の過半数で決し、可否同数の時は、議長が決するところによる。

(意見の聴取)

第6条 委員長は、必要があると認める時は関係者の出席を求め、その意見を聞くことができる。

(秘密の保持)

第7条 策定委員会の委員は、職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(庶務)

第8条 策定委員会の庶務は、保険課において処理する。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年4月17日から施行する。

## (2)策定委員会委員名簿

No	区分	職名	氏名
1	保健医療 関係者	由布市国民健康保険運営協議会 委員(医師代表)	森本 哲也
2		由布市生活習慣病予防対策小委員会 (委員長)	何松 啓志
3		由布市生活習慣病予防対策小委員会 (歯科医師会)	小原 正嗣
4		由布市国民健康保険運営協議会 委員(薬剤師代表)	河野 哲治
5		管理栄養士代表	麻生 典子
6		歯科衛生士代表	古長 節子
7	被保険者 代表	被保険者代表(由布市国民健康保険運営協議会 委員)	安部 千鶴子
8		被保険者代表(由布市国民健康保険運営協議会 委員)	麻生 悦博
9	関係機関	大分県中部保健所 所長	軸丸 三枝子
10		大分県国民健康保険団体連合会 健康推進課 課長補佐(総括)	大島 敦子

## (3)由布市データヘルス計画策定委員会 開催経過

日程	項目	内容
令和5年10月31日	第1回策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委嘱状交付</li> <li>・計画の概要説明</li> <li>・現状の分析について</li> <li>・第3期における健康課題について</li> </ul>
令和6年 1月19日	第2回策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第3期計画素案について</li> <li>・第4期特定健康診査等実施計画素案について</li> </ul>
令和6年 2月26日	第3回策定委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・素案の修正案について</li> </ul>

由布市国民健康保険 第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)

発行年月 令和6年3月

発行者

由布市保険課

〒879-5498

大分県由布市庄内町柿原302番地

電話 097-582-1111(代)



